



1. DONNEES ADMINISTRATIVES

1.1. Demandeur

Nom et prénom :	ou coller une vignette
Adresse :	
.....	
Numéro national :	
N° Mutuelle : Code titulaire...../.....	
Tél/ GSM demandeur :	
Médecin de famille : N° téléphone :	

Le demandeur séjourne actuellement :

au domicile

à l'hôpital ou dans une autre institution : Nom :

Service	Contact (Ass. soc.)	Téléphone

1.2. Personne de contact (famille...) :

Nom :	Prénom :	Lien (de parenté) :
Tel/ GSM :	E-mail :	

1.3. Accompagnant éventuel

(Si l'accompagnant est également dépendant, veuillez remplir un deuxième document à son nom)

Nom :	Prénom.....	Lien de parenté :
Adresse :		
Tel/ GSM :		
E-mail :		

1.4. Maison de convalescence souhaitée (cochez votre choix) :

<input type="checkbox"/> Zorgverblijf Ter Duinen Louisweg 46 8620 NIEUWPOORT Tél 058 22.33.22 Fax 058 22.33.00 Opname.terduinen@cm.be	<input type="checkbox"/> Zorgverblijf Hooidonk Langestraat 170 2240 ZANDHOVEN Tél 03 320 28 11 Fax 03 320 28 10 herstel@hooidonk.be	<input type="checkbox"/> Séjours & Santé Nivezé Route du Tonnelet 76 4900 SPA Tél 087 79 00 00 Fax 087 79 03 00 info@niveze.be
---	--	--

Le client souhaite chambre individuelle chambre à deux lits chambre avec accompagnant



1.5. Divers

Convalescence suite à un accident avec un responsable tiers éventuel oui non
Convalescence suite à un accident de travail oui non

2. DONNEES MEDICALES ET SOCIALES

2.1. Diagnostic médical qui nécessite un séjour convalescence

.....

.....

- la situation présente est la conséquence d'une affection existante
- il s'agit d'une nouvelle affection ou d'une aggravation significative d'une affection existante

- Début de l'affection :
- En cas d'hospitalisation :

Date d'entrée:/...../..... Date de sortie prévue :/...../.....

Date de l'opération :/...../..... Code opératoire (K ou N) :

Pathologie lourde (kiné) : oui non Enlèvement des fils le :/...../.....

2.2. Autres pathologies ou soins (ex. dialyse, gastrostomie, escarres, sonde urinaire...)

.....

.....

- Oxygène : fournisseur d'oxygène du patient:
- Existe-t-il déjà un accord médecin conseil ? oui non

2.3. Risques de contagion : le patient présente des risques de contagion :

- oui, précisez :
- non

2.4. Régime alimentaire spécifique : non oui, lequel ?

2.5. Allergies :

2.6. Raisons sociales

Facteurs sociaux et/ou environnementaux qui justifient - à coté des raisons médicales - un séjour en maison de convalescence (ex. la personne habite seule ou à l'étage, absence de famille...).

.....

.....

.....



Existe-t-il :

- des soins à domicile ?.....
- un suivi par un service social reconnu ?
- un encadrement par des aidants proches ?.....
- un administrateur de biens ?.....

3. Description du taux d'autonomie actuel

CRITERES	Score	1	2	3	4
SE LAVER		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé(e) pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé(e) pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est infirme ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		est capable d'aller seul(e) aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé(e) pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		est continent(e) pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent(e) pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent(e) pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent(e) pour les urines et les selles
MANGER		est capable de manger et de boire seul(e)	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il/elle mange ou boit	est totalement dépendant(e) pour manger ou boire

CRITERES		1	2	3	4
TEMPS (2)		pas de problème	de temps en temps (problèmes rares)	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté(e) ou impossible à évaluer
ESPACE (2)		pas de problème	de temps en temps (problèmes rares)	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté(e) ou impossible à évaluer



4. Eléments psychiques

4.1. Eléments psychiques qui nécessitent un encadrement ou une surveillance spécifique :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> désorientation temporaire | <input type="checkbox"/> comportement agressif |
| <input type="checkbox"/> problèmes de toxicomanie | <input type="checkbox"/> dépression |
| <input type="checkbox"/> déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> problématique psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> autre | |

Si au moins une des cases est cochée, spécifiez :

.....
.....

N.B. : Les centres de convalescence n'ont pas une section fermée. Ils disposent d'une cafétéria où des boissons alcoolisées sont servies sans surveillance.

5. Destination de la personne concernée après la convalescence

- retour à
- séjour en MR, MRS: lequel Date d'entrée prévue:
- la situation est problématique, parce que :

Date de la demande :

Signature

Nom du médecin demandeur (MAJUSCULES ou cachet).

Numéro Inami



**Hooidonk
Nivezé
Ter Duinen**