

# Demande de transfert pour une admission dans le centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle

## • Données administratives

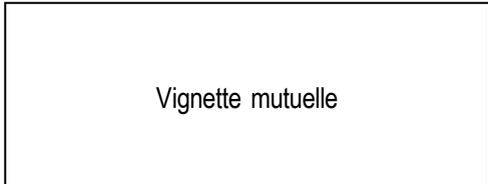
### • Demandeur (compléter les données ou coller une vignette)

Nom: .....

Prénom: .....

Numéro national: .....

Adresse: .....



Code postal: ..... Commune: .....

Tél/ Gsm: .....

Nr. Mutuelle: ..... Code titulaire: ..... / .....

Nom Médecin généraliste: ..... Tél Médecin généraliste: .....

langue : Français / Néerlandais / Allemand/ Autre

### • Contact à l'hôpital ou pour la situation au domicile

Nom ..... Service: .....

Tél/ Gsm: ..... Email: .....

Service	Personne de contact	Téléphone	Email

### • Personne de contact

Nom: ..... Prénom: ..... Lien de parenté: .....

Tél/Gsm: .....

Nom: ..... Prénom: ..... Lien de parenté: .....

Tél/Gsm: .....

### • Accompagnant éventuel (si l'accompagnant nécessite aussi des soins = faire une demande distincte )

• Accompagnant valide: Nom: .....

• Accompagnant avec soins: Nom: .....

### • Type de chambre: le patient souhaite::

- Une chambre individuelle     une chambre à 2 lits     une chambre avec accompagnant

## 2. Données médicales et sociales

- **Hospitalisation** du .../...../20.... au (date probable) ...../...../20...

- pour une intervention chirurgicale
- pour une affection grave
- poursuite de l'hospitalisation à domicile.

- **Important pour le dossier kiné :**

Date intervention: ...../...../..... Code opératoire: ..... K ..... ou .....N.....

Sans appui:  Oui  Non Indien ja: tot ...../...../.....

Passage aux soins intensifs:  Oui  Non

Accident de travail:  Oui  Non

- **Perte temporaire de l'autonomie dans la situation au domicile ou remplacement du domicile à cause de:**

- une affection grave: .....
- une affection locomotrice: .....

- **Les comorbidités suivantes sont présentes<sup>1</sup>:**

- diabète<sup>2</sup> type I / type II
- hypertension
- Problématique cardiaque:.....
- Problématique pulmonaire:.....
- Problème orthopédique:.....
- Problème oncologique:.....
- Problème neurologique: .....
- Problème urologique:.....
- Problème psychique/cognitif<sup>3</sup>:.....
- Problème alimentaire<sup>4</sup>: .....
- Problème d'addiction: .....

- Il y a des facteurs environnants qui influence la situation au domicile<sup>1</sup> :  Oui  Non

Lesquels .....

<sup>1</sup> Cocher ce qui convient

<sup>2</sup> Entourer ce qui convient

<sup>3</sup> Les personnes avec démence et sans accompagnant ne peuvent pas être admis dans ce centre à cause de l'accès libre du centre.

<sup>4</sup> Par exemple alimentation par sonde, sondevoeding, stomie, Problèmes de déglutition.

● **Le plan de soins multidisciplinaire contient de préférence les disciplines suivantes<sup>5</sup> :**

- Soins infirmiers<sup>6</sup>
- Kinesithérapie (fournir la prescription)
- Service social
- Psychologue
- Diététique
- Ergothérapie.
- Logopédie avec prescription ORL ou neurologue

● **Avec les objectifs de revalidation suivants<sup>4</sup>:**

- Optimalisation de l'autonomie des soins
  - Gestion des médicaments
  - Gestion de la douleur
  - Amplitude des mouvements et force
  - Mobilité
  - Rétablissement fonctionnel
  - Autres:.....
  - Intégration sociale
  - Bien-être émotionnel et confiance en soi
  - Nutrition / contrôle du poids
  - Autonomie dans les activités de tous les jours
  - Compétences professionnelles et récréatives
- Informations importantes dans le cadre de la revalidation et les soins infirmiers:  
.....

● **Points d'attention<sup>4</sup>**

- Allergies: .....
- Régime: ..... Alimentation par sonde entérale: Oui / Non
- Oxygène: ..... Accord médecin conseil: Oui / Non Fournisseur: .....
- Infections/Contagions: .....
- Soins de plaie: .....
- Dialyse: hémodialyse of dialyse péritonéale
- Autres: .....

**3. Données sociales<sup>4</sup>**

- Administrateur de biens
- Soins à domicile
- Aides à domicile
- Suivi par un service social reconnu

**4. Estimation de la durée du séjour :**

Admission date: .../.../..... jusqu'au .../.../.....

Durée du séjour:.....

Lieu de résidence après le séjour: .....

**Merci de joindre un rapport médical récent et la liste des médicaments.**

Date:..... / ..... / .....

Signature +cachet du médecin.....

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données.

<sup>5</sup> Cocher ce qui convient

<sup>6</sup> Merci de joindre une échelle de Katz

• **Description du taux d'autonomie actuel (échelle de Katz)**

<b>Critère</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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	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
TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS	est autonome pour le transfert et se déplace de manière 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 AUX TOILETTES	est capable d'aller seul(e) aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois actions suivantes: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois actions suivantes: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé(e) pour les trois actions suivantes: 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 selles et les urines
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
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

**Si la personne obtient un score de 2 ou plus pour le critère spatio-temporel: veuillez fournir un score MMSE récent, un rapport circonstancié des antécédents médicaux et du comportement actuel de la personne.**

**Score MMSE: ..... /30**

<b>Critère</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Comportement nocturne	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Dérangement verbal	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Comportement destructeur	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Difficulté à l'expression	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Comportement agité	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Perte de notion de bienséance	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Fugue	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer