Centre Sainte-Barbe
Rue Emile Godfrind, 101 - 5300 Seilles

# Dossier inscription MR/MRS/CS

## 1. Données de la personne – fiche signalétique :

**Nom :** **Prénom :**

**Etat civil :** **Nom époux (se) :**

**Adresse actuelle :**

**Date de naissance :** **Lieu de naissance:**

**Nationalité : □ Belge** **□ autre :……..**

**Ancienne profession (+ lieu) :**

**Vit seule – avec conjoint – chez un parent – dans une autre MR – autre : ……...**

**Médecin traitant :**

**Hôpital de préférence :** **Vignette de mutuelle :**

## 2. Personnes de contact :

Contacter la personne elle-même : □ Oui □ Non n° de téléphone : ……

| Nom/prénom | Lien de parenté | Adresse | Téléphone |
|---|---|---|---|
| 1. | | | privé: |
| | | | GSM: |
| E-mail : | | | travail: |
| 2. | | | privé: |
| | | | GSM: |
| E-mail : | | | travail: |
| 3. | | | privé: |
| | | | GSM: |
| E-mail : | | | travail: |
| 4. | | | privé: |
| | | | GSM: |
| E-mail : | | | travail: |

Mandataire **:……..**

Administrateur de biens et/ou de la personne : ……...

……...

Centre Sainte-Barbe
Rue Emile Godfrind, 101 - 5300 Seilles

## 3. Données paramédicales :

Poids : ……. kg Taille : ……...m

Vue : □ Ok □ Lunettes

□ Cécité □ Cécité partielle □ DMLA

Problème d'audition : □ Oui □ Non

□ Prothèse OG – OD

Santé :

Problèmes récents :

……...……

……..……...……

……

Problèmes de santé – pathologies principales :

……...

……..……

……...

Principaux antécédents : (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques)

……...

……..……

……..…

……...

Escarre – plaie – infection :

□ Oui ……

……...

□ Non

Traitement médicamenteux (liste médicament) :

……...

……..……

……...

Raison de la demande d'admission au Centre sainte-barbe :

……...

……...

……...

## 4. Dépendance :

Se laver :

□ se lave seul □ aide partielle □ aide complète

……...

……...

S'habiller :

□ s'habille seul □ aide partielle □ aide complète

……...

……...

Elimination :

□ va au wc seul □ aide pour transfert □ chaise percée □ sonde vésicale

Urine : □ continence □ incontinence

Selles : □ continence □ incontinence

……...

……...

## 5. Mobilisation :

Transferts :

□ Se déplace seul : □ tt le temps □ lit-fauteuil □ en chambre

□ Avec une aide : □ canne □ tribune □ voiturette □ tierce personne

□ grabataire □ lève personne □ verticalisateur

Kiné : □ Oui □ Non Fréquence : …..x/semaine

……..…..

## 6. Sommeil :

□ Sypape □ Oxygène : ……..
□ Normal □ Perturbé □ Sieste □ Déambulation

……...

Sécurité :

□ Jour : □ ceinture □ barres de lit □ autre : ……

□ Nuit : □ ceinture □ barres de lit □ autre : ……

Risque de fugue : □ Oui □ Non

## 7. Alimentation :

Mange : □ seul(e)

□ Avec une aide : □ partielle □ totale □ viande coupée

……..

……..

Diabétique : □ Oui □ Non Régime alimentaire particulier : ……

Allergies : …….

Problème de dysphagie : □ Oui □ Non

Type de texture adaptée :…….

Problème de déglutition : □ Oui □ Non

## 8. Aspects cognitifs et psychologiques :

Désorienté : □ Oui : □ dans le temps □ Non
□ dans l'espace

……..

……

……

Diagnostique de démence: □ Oui □ Non Date :……..

Suivi neurologique : Dr : …….

……..

Description du caractère :

……..

……

……

Comportement en collectivité :

……..

……..

Alcool : □ Oui □ Non Fumeur(se) □ Oui □ Non

Centre Sainte-Barbe
Rue Emile Godfrind, 101 - 5300 Seilles

## 9. Vie au domicile :

**Description de la situation** :……...

……...

.....

……..

**Services mis en place** :

□ Soins nursing => fréquence : ...X/jour ...X/sem

□ Aide familiale => fréquence : ...h/jour ...X/sem

□ Kiné

□ Repas à domicile

□ Dame de compagnie/ Garde malade

□ Aide de la famille /Aide du voisinage

□ Télévigilance

□ Technicienne de surface

□ Location de matériel/Adaptation du logement

□ ……..

## 10. Autres renseignements utiles :

……...

……..……

……...…

……...

**Futur résident en accord avec décision hébergement** : □ Oui □ Non

……

……

……

Centre Sainte-Barbe
Rue Emile Godfrind, 101 - 5300 Seilles

# ECHELLE DE KATZ :

Nom et Prénom : …… Niss :……

| CRITERE | 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 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 pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture |
| TRANSFERT ET DEPLACE-MENTS | | 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 grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| ALLER A LA TOILETTE | | est capable d'aller seul à la toilette, 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 pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer |
| CONTINENCE | | est continent pour les urines et les selles | est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles | est incontinent pour les urines et les selles |
| MANGER | | est capable de manger et de boire seul | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit | le patient est totalement dépendant pour manger ou boire |

| CRITERE | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| TEMPS (2) | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté ou impossible à évaluer |
| ESPACE (2) | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté ou impossible à évaluer |

**OU** : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du ……

Nom du spécialiste :……..

Sur base de cette échelle d'évaluation : catégorie ☐ O ☐ A ☐ B ☐ C ☐ C dément ☐ D

# REDIGE PAR LE DOCTEUR :

Nom et prénom : …….

Adresse : …….

E-mail : ……...

Téléphone : …….

**Date : ……./……./……..** **Cachet et signature du médecin**