Date :

***Pour la* : MAISON DE REPOS – RESIDENCE SERVICES – CENTRE DE SOINS DE JOUR**

(biffer les mentions inutiles)

Dossier d'admission / d'inscription sur la liste d'attente – Jours Heureux

Acsol - Jours Heureux

Maisons de Repos et de Soins

Rue Marcel Hubert,2

5310 LONGCHAMPS

TEL :081/512301

Données de la personne – Fiche signalétique :

Nom: …… Prénom: ……

Etat civil : …… Nom d'époux (se) : ……

Nombre d'enfant(s) : ……

Date et lieu de naissance : ……

Nationalité : ……

Adresse actuelle : ……

……

N° téléphone : ……

Mail : ……

Ancienne profession : ……

Mutuelle : *(coller ici une vignette svp)*

Médecin traitant (Nom /prénom + numéro de téléphone) : ……

……

Hôpital de préférence : ……

Numéro de registre national : ……

Numéro de carte d'identité : ……

Validité : ……

COORDONNÉES DE LA/LES PERSONNE(S) DE CONTACT :

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Lien de parenté avec le bénéficiaire : ……..

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Lien de parenté avec le bénéficiaire : ……..

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Lien de parenté avec le bénéficiaire : ……..

La personne est-elle sous administrateur de biens et/ou de la personne ? oui - non

Si oui, quelles sont les coordonnées de l'administrateur/administratrice ?

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Lien de parenté avec le bénéficiaire : ……..

Administrateur de : biens – de la personne – de biens et de la personne

<u>Existe-t-il un mandat extra-judiciaire ?</u> oui - non

Si oui, quelles sont les coordonnées de(s) mandataire(s) ?

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……..

Lien de parenté avec le bénéficiaire : ……..

<u>La personne a-t-elle un dossier au CPAS ?</u> oui - non

Si oui, quelles sont les coordonnées de l'assistant(e) social(e) ?

Nom: ……. Prénom : …….

CPAS de : …… Numéro(s) de téléphone : …….

Adresse : …….

E-mail : ……..

<u>CONTEXTE SOCIAL :</u>

Motif de la demande :

……

……

……

……

……

……

……

……

Description brève du caractère et du comportement de la personne concernée :

……

……

……

……

……

……

……

Accueil et motivation de l'intéressé face à la demande :

……

……

……

……

……

DONNÉES FAMILIALES ET HABITUDES DE VIE :

La personne vit : seule à domicile – à domicile avec son/sa conjoint(e) - chez un parent – dans une autre maison de repos – dans une résidence-services - Autre : ……

Si la personne est actuellement en court séjour dans un autre établissement, à quelle date se termine-t-il ?

Vie au domicile : Description de la situation :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

……

……

……

……

……

……

……

……

La personne a-t-elle de l'aide (aides à domicile, aide d'un membre de la famille, voisin, autre) ?

Si oui, pour quels aspects ? (Repas, soins, courses, ménage, gestion administrative, …) :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Quelles sont les choses que la personne sait encore faire seule ?

……

……

……

……

……

……

……

Quels sont les points d'intérêt de la personne ? Comment la personne aime-t-elle occuper son temps ?

……

……

……

……

……

……

La personne a-t-elle des croyances ? Pratique-t-elle une religion ?

……

……

……

……

……

PRISE EN CHARGE MEDICALE :

Pathologie(s) :

……

……

……

……

……

……

Allergies médicamenteuses :

……

……

La personne rencontre - t -elle des problèmes de mémoire ? Si oui, à quel niveau et quel est le degré de difficulté ?

……

……

……

……

……

……

……

……

Comment la personne se situe-t-elle dans le <u>temps</u> :

Pas de problème - de temps en temps, rarement des problèmes - des problèmes presque chaque jour - totalement désorienté ou impossible à évaluer

Comment la personne se situe-t-elle dans <u>l'espace</u> :

Pas de problème - de temps en temps, rarement des problèmes - des problèmes presque chaque jour - totalement désorienté ou impossible à évaluer

La personne présente-t-elle des problèmes de comportements ? (cris, avoir envie de « fuguer », la personne déambule, la personne se trompe de chambre, agressivité, …)

……

……

……

……

……

……

……

……

Remarques éventuelles :

……

……

……

……

……

……

SOINS :

Poids : ……. kg

Taille : …… cm

Appareillage :

Prothèse dentaire : oui - non Lunettes: oui - non prothèse auditives: oui – non

Transferts et déplacements :

Marche intérieure : seule - avec aide - en chaise roulante - avec une tribune – avec une canne

Marche extérieure : seule - avec aide - en chaise roulante - avec une tribune – avec une canne

La personne a-t-elle un traitement de kiné ? oui – non

Remarques éventuelles : ……

……

……

Contrôle urinaire et fécal :

La personne est : continente – incontinente – incontinence accidentelle

Remarque éventuelle : ……

……

Type de protection : ……

Autonome pour se rendre aux WC : oui - non

Autonome pour l'essuyage : oui - non

Aide d'une tierce personne au domicile : oui – non

Remarque éventuelle : ……

……

Toilette :

La personne fit-elle sa toilette seule ? oui – non

Aide d'une tierce personne au domicile : oui – non

Si oui, quelle aide la personne reçoit-elle ?

……

……

……

……

……

Habitudes : toilette au lavabo – douche – bain

Habillage :

La personne arrive-t-elle à s'habiller seule ? oui – non

La personne arrive-t-elle à se déshabiller seule ? oui – non

La personne est-elle capable de choisir ses vêtements ? oui – non

De quelle aide la personne aurait-elle besoin ?

……

……

……

Repas:

La personne mange-t-elle seule ? oui - non

Aide préalable pour couper la viande : oui - non

Texture des aliments : entiers – coupés – mixés

La personne boit-elle seule ? oui – non

La personne suit-elle un régime alimentaire ? oui – non

Si oui, de quel type ? (Diabétique, sans sel, …)

……

……

Allergies alimentaires :

……

Aliments non souhaités :

……

Aliments interdits :

……

La personne est-elle diabétique ? : oui – non

Si oui, est-elle insulino-dépendante ? oui – non

Repos – sieste :

La personne fait-elle une sieste ? oui – non

Vers quelle heure la personne aime-t-elle se lever ? ……

Vers quelle heure la personne aime-t-elle se coucher ? ……

Soins complémentaires :

La personne a-t-elle des plaies et/ou des escarres sur le corps ? oui – non

Si oui, pouvez-vous expliciter svp ?

……

……

……

……

……

La personne a-t-elle des pansements à réaliser ? oui – non

Si oui, pouvez-vous expliciter svp ?

……

……

……

……

……

La personne a-t-elle besoin d'être placée sous oxygène ? oui – non

La personne présente-t-elle un handicap ? oui – non

Si oui, pouvez-vous expliciter svp ?

……

……

……

……

Remarques éventuelles :

……

……

……

AFIN DE COMPLÉTER LA DEMANDE D'ADMISSION ET/OU LA DEMANDE DE MISE SUR LA LISTE D'ATTENTE MERCI DE FOURNIR ÉGALEMENT CES DOCUMENTS :

- **UNE ECHELLE DE KATZ :** à faire remplir par le médecin traitant ou une infirmière à domicile
- **COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE**
- **LE RAPPORT NEUROLOGIQUE LE PLUS RECENT :** si la personne est atteinte d'une maladie neurologique.
- **ORDONNANCE DE LA JUSTICE DE PAIX :** si la personne est sous administrateur de biens et/ou de la personne
- **MANDAT EXTRA JUDICIAIRE :** si un tel mandat existe
- **LE PRÉSENT DOCUMENT COMPLÉTÉ AINSI QUE LE DOSSIER MÉDICAL REMPLIS PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

AFIN QUE L'INSCRIPTION SOIT EFFECTIVE, MERCI DE RETOURNER CES DOCUMENTS AUPRÈS DU SERVICE SOCIAL : *Soit en mains propres, soit par courrier ou par e-mail.*

Juliette Gaullet (Assistante sociale)

2, rue Marcel Hubert, 5310 Longchamps

081/51.23.01

E-mail : social@jh.acsol.be

Merci à vous d'avoir compléter ce dossier avec soins et pour toutes les informations fournies.
Toutes ces informations resteront confidentielles.

DOSSIER MEDICAL A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Coordonnées du médecin traitant :

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Coordonnées du neurologue éventuel :

Nom: ……. Prénom : …….

Numéro(s) de téléphone : ……..

Adresse : …….

E-mail : ……...

Date du dernier rapport neurologique :

Résultat du dernier MMSE (test de mémoire) : … /30

Diagnostic principal :

……

……

……

……

……

Diagnostics accessoires importants :

……

……

……

……

Etat de santé actuel :

……

……

……

……

……

……

……

Éléments motivant la demande en maison de repos : *Description des affections et lésions qui justifient la demande :*

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

ETAT DE SANTE :

Antécédents médicaux :

……

……

……

……

……

……

……

Antécédents chirurgicaux :

……

……

……

……

……

……

……

Traitement médicamenteux :

Si possible, merci d'imprimer une feuille de traitement svp.

Médicaments :

- **Matin :**

- **Midi :**

- **Soir :**

- **Coucher :**

Allergie(s) médicamenteuse(s) :

……

……

……

Aliments interdits :

……

……

……

Traitement de kiné :

……

……

……

Remarques éventuelles :

……

……

……

……

……

……

LE MEDECIN-TRAITANT

Date **:** Signature + cachet :

ANNEXE 41 : ECHELLE DE KATZ (à remplir par le médecin traitant)

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT

LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire : **Numéro INAMI de l'institution :**……

NOM – Prénom :……..Numéro national :……

A. Echelle (*ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation*)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau 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 ……

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - ***la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément catégorie D est demandée*** (1)

- ***un accueil en centre de soins de jour est demandé*** (1)

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (*uniquement en cas d'aggravation*) :

C. Le Médecin (*obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle*) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable (1)	Date : ……../……../……	Signature

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.