Madame, Monsieur,

Voici les informations concernant notre maison de repos et de soins.

Le prix par jour d'hébergement est de 60.62€ (12m², ancien bâtiment) ou 69.16€ (15m², nouveau bâtiment) en chambre particulière et 54.33€ en chambre double. Pour le court-séjour, le prix journalier est de 69.16€.

A ce montant, vous devez ajouter les frais supplémentaires tels que pédicure, coiffure, médecin, pharmacie, les communications téléphoniques, le kiné, le lavoir, les produits d'hygiène du corps,… Une télévision et un frigo de table sont fournis dans chaque chambre ainsi que le wifi.

Si vous souhaitez que votre parent soit admis dans notre résidence, il convient de l'inscrire sur notre liste d'attente (l'inscription ne vous engage à rien). Pour ce faire j'ai besoin :

- Des coordonnées de la personne concernée (nom, prénom, date de naissance, mutuelle),
- Des coordonnées d'une personne de contact,
- Des coordonnées de l'administrateur de bien s'il y en a un,
- De quelques informations sur la situation actuelle de la personne concernée,
- D'une échelle de Katz et du document d'inscription complétés et signés par un médecin (voir documents en annexe).
- D'une copie de sa carte d'identité.

Je reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information.

Megane CARDINAL
Assistante sociale
*Accueil et Solidarité ASBL – Résidence La Villette*
*Chaussée de Charleroi, 191*
*5030 Gembloux*
*Tél : 081 14 05 61 Fax : 081 62 58 37*
*social@lv.acsol.be*
*www.acsol.be*

***ANNEXE 41***

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<br>Nom de l'infirmier(ère) responsable [1] | Date :<br>……/……/…… | 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.

# *Catégories de dépendance*

**MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

**Catégorie O** : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

**Catégorie A** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
  ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
  ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
  ils sont entièrement indépendants physiquement ;

**Catégorie B** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
  ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
  ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
  ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
  ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

**Catégorie C** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
  ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
  ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
  ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

**Catégorie D** : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
  ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou
  ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et
  ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
  ils sont dépendants pour incontinence, et
  ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

## Critères de dépendance

**CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :
  il est dépendant pour se laver et s'habiller, et
  il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;

- soit il est dépendant psychiquement :
  il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
  il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;

- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

Résidence La Villette
Chaussée de Charleroi, 191 – 5030 Gembloux

## 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 (+ n°tel) :**

**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 : ……...

……..

Résidence La Villette
Chaussée de Charleroi, 191 – 5030 Gembloux

## 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 à la Résidence La Villette :

……...

……...

……...

## 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 autorisé ? : □ Oui □ Non Fumeur(se) □ Oui □ Non

## 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

…….

…….

…….