

Formulaire de renvoi pour admission dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle à l'attention du médecin du centre

Une demande n'est complète que si les volets 1, 2 et 3 sont remplis, et que la liste des médicaments, un rapport médical et, si applicable, les prescriptions nécessaires de kinésithérapie et de logopédie sont ajoutés.

1. Volet administratif (à compléter par le demandeur, la personne de contact ou le service social)

- **Demandeur** (remplir toutes les données ne figurant pas sur la vignette de la mutualité)

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° mutualité : Code titulaire : /

Tél/GSM : E-mail :

Nom du médecin généraliste : Tél/GSM du médecin généraliste :

Langue : Français / Néerlandais / Allemand / Autre

- **Contact au sein de l'hôpital**

Nom de l'hôpital

Service	Personne de contact	Téléphone / GSM	E-mail

- **Personne de contact à domicile**

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Tél/GSM : E-mail :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Tél/GSM : E-mail :

- **Accompagnateur éventuel lors du séjour**
(si l'accompagnateur nécessite des soins = faire une demande séparée)

• Accompagnateur valide : Nom : Tél/GSM :

• Accompagnateur nécessitant des soins : Nom : Tél/GSM :

- **Données sociales**

○ Administrateur de biens provisoire :

○ Soins infirmiers à domicile :

○ Aide à domicile :

○ Suivi par un service social agréé :

- **Type de chambre** : Le patient souhaite une :

Chambre individuelle

Chambre double

Chambre avec accompagnant

☐☐☐

2. Volet médical (à compléter entièrement par le médecin référent)

- **Hospitalisation** du .../...../20.... au (date de sortie attendue)/...../20....

- ☐ Suite à une intervention chirurgicale : laquelle ?
- ☐ Suite à une pathologie grave : quel diagnostic principal ?
- ☐ Poursuite par l'hospitalisation à domicile : indication ?

- **Données importantes pour la kinésithérapie :**

Date de l'intervention :/...../..... nomenclature de l'intervention : K ou N.....

Interdiction de s'appuyer ☐ OUI ☐ NON si interdiction de s'appuyer : jusqu'au/...../20....
Admission SI ☐ OUI ☐ NON
Accident de travail ☐ OUI ☐ NON

- **Perte temporaire d'autonomie dans l'environnement du domicile ou dans un environnement de substitution au domicile pour cause de :**

- ☐ pathologie grave¹: laquelle ?
- ☐ affection locomotrice¹: laquelle ?

- **Les comorbidités suivantes sont présentes (cocher et compléter) :**

- ☐ diabète² type I / type II
- ☐ hypertension
- ☐ problème cardiaque :
- ☐ problème pulmonaire :
- ☐ limitations orthopédiques :
- ☐ problème oncologique :
- ☐ trouble neurologique :
- ☐ problème urologique :
- ☐ problèmes psychiques/cognitifs³:
- ☐ trouble alimentaire⁴:
- ☐ problème d'assuétude :

- **Il y a des facteurs environnementaux à domicile qui influencent cette admission¹** ☐ oui ☐ non

Lesquels ?

¹ Cocher ce qui convient ET COMPLÉTER

² Entourer ce qui convient

³ Les personnes atteintes de démence sans accompagnant ne peuvent pas être admises pour cette rééducation fonctionnelle en raison de l'ouverture de l'établissement

⁴ Ex. alimentation par sonde, stomie, problèmes de déglutition

• **Le plan de rééducation multidisciplinaire comprend de préférence les disciplines suivantes⁵ :**

- | | |
|---|---|
| ☐ Soins infirmiers ⁶ | ☐ Diététicien |
| ☐ Kinésithérapie (prescription indispensable) | ☐ Ergothérapie. |
| ☐ Assistant social | ☐ Logopédie (prescription médecin ORL ou neurologue absolument indispensable) |
| ☐ Psychologue | |

• **Avec les objectifs de rééducation fonctionnelle suivants⁴**

- | | |
|--|---|
| ☐ Amélioration des soins autonomes | ☐ Intégration sociale |
| ☐ Gestion des médicaments | ☐ Bien-être émotionnel et confiance en soi |
| ☐ Gestion de la douleur | ☐ Gestion de l'alimentation et du poids |
| ☐ Amplitude des mouvements et force | ☐ Autonomie dans les activités du quotidien |
| ☐ Mobilité | |
| ☐ Rétablissement fonctionnel | ☐ Compétences au travail et dans les loisirs |

☐ Autres :

☐ Autres informations importantes dans le cadre de la rééducation fonctionnelle et des soins infirmiers :

.....
....

• **Points d'attention⁴**

- ☐ Allergies :
- ☐ Alimentation : Alimentation entérale : oui / non
- ☐ Oxygène : Autorisation du médecin : oui / non
- ☐ Infections/risque de contagion :
- ☐ Soins de plaies :
- ☐ Dialyse : hémodialyse ou dialyse péritonéale
- ☐ DNR ou déclaration anticipée négative ? ☐ oui ☐ non
- ☐ Autres :

3. Durée prévue du séjour :

Date d'admission : .../.../20..... Jusqu'au .../.../20.....

Durée du séjour :

Après le séjour, départ vers

Remarque : n'oubliez pas de joindre un rapport médical récent, une liste des médicaments et, si d'application, les prescriptions de kinésithérapie et de logopédie

Date : / / 20.....

Nom :

Signature :



Cachet du médecin référent

3. Description du degré d'autonomie actuel via l'échelle de Katz : à compléter par un médecin ou un infirmier

Critère	1.	2	3	4.
SE LAVER	Est capable de se laver sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver 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 se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller 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 DÉPLACEMENT	Est capable de se lever et se déplacer entièrement et de manière autonome, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour entrer et sortir du lit ou d'une chaise, mais utilise des auxiliaires mécaniques (béquilles, chaise roulante) pour se déplacer de manière autonome	A absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer	Est grabataire ou en chaise roulante et est entièrement dépendant pour se déplacer
ALLER À LA TOILETTE	Est capable d'aller seul à la toilette ou de s'essuyer	A besoin d'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	N'est pas capable d'aller à la toilette ni en chaise roulante
CONTINENCE	Est continent pour les urines et les selles	Est incontinent de manière accidentelle pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou stomie incluse)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction)	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	Est capable de manger et de boire seul	A surtout besoin d'aide pour manger et boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est nourri
NOTION DU TEMPS	Aucun problème	De temps en temps, rarement un problème	Un problème quasi au quotidien	Totalement désorienté
LIEU	Aucun problème	De temps en temps, rarement un problème	Un problème quasi au quotidien	Totalement désorienté

Informations supplémentaires : à compléter par un médecin ou un infirmier

Critère	1.	2	3	4.	5.
AGITATION NOCTURNE	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
TROUBLES VERBAUX	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT DESTRUCTEUR	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT ACCUSATEUR	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT AGITÉ	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT DE FUITE	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable

Si la personne obtient un score de 2 ou plus pour la notion de temps et de lieu : Veuillez fournir un score MMSE récent, un rapport détaillé des antécédents médicaux et du comportement actuel de la personne.

Score MMSE : /30 Date du score MMSE :/...../20....

Date :/...../20..... Nom: (infirmier/médecin)

Cachet médecin/infirmier

Signature :

