

LES DONNÉES ADMINISTRATIVES

■ L'organisme référant

L'identification du référant: _____

La personne à contacter: _____

Numéro de téléphone _____

Email: _____

■ Le patient (veuillez apporter la carte d'identité à l'admission)

VIGNETTE DU PATIENT (ÉCRIRE EN MAJUSCULES SVP)

NOM + PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

CODE POSTALE _____

MUNICIPALITÉ _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____

MÉDECIN TRAITANT _____

MÉDECIN GÉNÉRALISTE _____

ZORGKAS _____

MUTUALITÉ _____

CODE DE L'INTITULÉ _____

NUMÉRO D'INSCRIPTION _____

Date d'admission dans l'hôpital réfèrent _____

Date d'admission dans le service de soins actuel _____

Date de sortie prévue _____

■ Les contacts

Noms, liens de parenté, numéro de téléphone _____

Langue: NI Fr

Choix de chambre:

- Chambre individuelle
 Isolement médical
 Choix personnel
 Chambre à 2 personnes

LES DONNÉES SOCIALES

■ Situation de vie

Seule

avec partenaire autonome

avec partenaire nécessitant des soins

vivant avec: _____

■ Soins de bénévoles avant l'admission à l'hôpital:

Famille

Voisins/
connaissances

Autres: _____

■ Forme de logement avant l'hospitalisation

Maison ou appartement sans
escaliers

Maison ou appartement avec
escaliers

maison ou appartement avec
ascenseur

Maison d'assistance

Maison de répos et de soins

Autres: _____

■ Soins professionnelles avant l'admission à l'hôpital

Aide aux personnes âgées/aide
familiale

Soins à la maison:

Autres: _____

service de nettoyage

La distribution des repas:

■ Planification après la réhabilitation (Description + en cas de placement: le nom de l'institution, location et date de demande)

Date de demande: _____

Signature demandeur: _____

LES DONNÉES MÉDICALES

Nom du patient: _____

■ **Diagnose**

Diagnose principal ou condition de base pour lesquelles un traitement de réhabilitation est demandé:

En cas d'opération

Date d'opération: _____

Nature: _____

Numéro de nomenclature en cas de: \geq K180 _____

\geq N300 _____

Date de début de la condition actuelle: _____

Déjà une convention de réhabilitation R30 où R60: OUI NON

Pour une fracture / prothèse indiquant la prise en charge ultérieure:

Pourcentage d'appui: _____

Mobilisation: _____

Points d'attentions: _____

Autres problèmes médicaux actifs et l'antécédents significatifs :

(Ajoutez éventuellement un rapport du médecin-spécialiste traitant)

Traitement en cours à la dialyse ou de chimiothérapie

Indication pour isolation *

La liste des médicaments actuels (éventuellement à ajouter en annexe)

* Des patients avec le SARM ou CPE dans les crachats, TB ouverte pendant la période contagieuse, l'infection au Covid pendant la période contagieuse (test PCR avec valeur CT requis avant le transfert) ne seront **PAS** admis.

Patients avec CPE (localisation autre que les crachats) et une bactérie gram-négatif multirésistante (autre que l'CPE) dans les crachats, uniquement après consultation préalable du médecin-chef/hygiéniste de l'hôpital. Veuillez retarder l'admission, le temps que l'isolation est nécessaire à cause de la grippe.

Après transfère au KEI j'enverrais un (copie du) rapport de sortie définitif au médecin traitant du Kei.

Tampon + signature du médecin-spécialiste traitant :

Demande d'admission à l'hôpital



LES DONNÉES INFIRMIERS

Nom du patient:

Score ADL (échelle KATZ) à la date de la demande

Critère	score	1	2	3	4
Se laver		se lave complètement sans aide	aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	aide partielle pour se laver tant au-dessus et en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus et en dessous de la ceinture
S'habiller		peut s'habiller et se déshabiller sans aide.	aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	aide partielle pour s'habiller au-dessus et en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus et en dessous de la ceinture
déplacement		est indépendant pour le transfert et totalement indépendant pour le déplacement	est indépendant pour ses transferts et déplacements, à condition d'utiliser des outil(s) mécanique (s) (béquilles, fauteuils roulants)	a besoin d'aide complète de tiers pour au moins l'un des transferts et / ou les déplacements	st alité ou assis dans un fauteuil roulant et complètement dépendant des autres pour se déplacer
Visite de toilette		peut aller à la toilette, s'habiller et se nettoyer	besoin d'aide pour l'un des trois éléments: se déplacer ou s'habiller ou de nettoyer soi-même	besoin d'aide pour deux des trois éléments: le déplacement et / ou s'habiller et / ou se nettoyer	besoin d'aide pour les trois éléments: se déplacer et s'habiller et se nettoyer
continence		est continent pour l'urine et les fèces	accidentellement incontinent pour l'urine ou les fèces (y compris sonde vésicale ou anus artificiel)	est incontinent pour l'urine (y compris l'entraînement de la miction) ou de selles	est incontinent pour l'urine et les fèces
alimentation		peut manger et boire seule	a besoin d'aide avant de manger ou boire	aide partielle est nécessaire pendant les repas ou en buvant	Le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

Critère	score	1	2	3	4
Dans le temps		pas de problème	parfois, rarement des problèmes	presque tous les jours des problèmes	complètement désorienté ou impossible à évaluer
En place		pas de problème	parfois, rarement des problèmes	presque tous les jours des problèmes	complètement désorienté ou impossible à évaluer

Critère	score	1	2	3	4	5
l'agitation nocturne		jamais	parfois, rarement	Presque chaque nuit	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
interférences verbale		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
comportement destructif		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
comportement accusatoire		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
un comportement agité		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
perte de décorum		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé
les fugues		jamais	parfois, rarement	Presque chaque jour	constamment, toujours	Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé

MMSE ... / 30

■ Des points d'attentions particulière

Poids: Taille:

Alimentation

Régime alimentaire: Non Oui:

Des problèmes de déglutition Non Oui:

Alimentation adaptée Non Oui:

Des soins spécifiques:

Sonde urinaire Non Oui; depuis:...../...../.....

Astomie Trachéostomie Gastrostomie Nutrition complète parentérale

Cathétérisation: cathéter veineuse centrale cathéter veineux périphérique

Fixation: Non Oui Port à cat

SARM: Non Oui Oxygène

Les soins de plaies et/ou d'escarres:

Nom de l'infirmi(è)r(e) responsable:

Date: Signature: