**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 : ......................................................................................................

Vignette de la mutualité

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

1. **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 grave [[1]](#footnote-1): laquelle ? …………………………………………………….. affection locomotrice1 : laquelle ? .........………………………………………..

• **Les comorbidités suivantes sont présentes (cocher et compléter)** [**:**](file:///N%3A%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C)

□ diabète[2 type](file:///N%3A%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C) I / type II

□ hypertension

□ problème cardiaque : …………………………………………………………………………………………

□ problème pulmonaire : ………………………………………………………………………………….

□ limitations orthopédiques : ……………………………………………………………………………………..

□ problème oncologique : …………………………………………………………….……………………….

□ trouble neurologique : …………………………………………………….……………………………..

□ problème urologique : ……………………………………………………………………………………….

□ problèmes psychiques/cognitifs [3:](file:///N%3A%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C) …………………………………………….…………………………..

□ trouble alimentaire [4:](file:///N%3A%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C) …………………………………………………………………………….…………..

□ 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 suivantes**[**5  :**](file:///%5C%5Criziv.org%5Cdata%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C)

□ Soins infirmiers[6](file:///N%3A%5CGV-SS%5CINST%5CREVA%5CHersteloorden%2520-%2520Maisons%2520de%2520convalescence%5CCAD%2520CMD%5CNota%5C2023%5C2023-180%2520verwijsformulier%2520-%2520gegevensregistratie%5C)

□ Kinésithérapie (**prescription indispensable**)

□ Assistant social

□ Psychologue

□ Diététicien

□ Ergothérapie.

□ Logopédie (**prescription médecin ORL ou neurologue**

**absolument indispensable)**

• **Avec les objectifs de rééducation fonctionnelle suivants 4**

□ Amélioration des soins autonomes

□ Gestion des médicaments

□ Gestion de la douleur

□ Amplitude des mouvements et force

□ Mobilité

□ Rétablissement fonctionnel

□ Intégration sociale

□ Bien-être émotionnel et confiance en soi

□ Gestion de l’alimentation et du poids

□ Autonomie dans les activités du quotidien

□ Compétences au travail et dans les loisirs

□ Autres :…………………………………………………………………………………………………………………..…

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

..........................................................................................................................................................................................................

• **Points d’attention**4

□ 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

Nous traitons vos données à caractère personnel conformément à la réglementation belge et européenne en matière de vie privée, en particulier le Règlement RGPD (2016/679) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

5 Cocher ce qui convient

1. Toujours ajouter l’échelle de Katz
2. **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 tantau-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 tantau-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 estentièrement 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 |

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

**Informations supplémentaires : à compléter par un médecin ou un infirmier**

**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 : ..............................

1. [↑](#footnote-ref-1)