

# POUR UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE DE VOTRE DEMANDE

1. Renseigner la pathologie

2. Retourner le document complété à l'adresse suivante :

[reservation@niveze.be](mailto:reservation@niveze.be)

C'est avec plaisir que nous répondons à toutes vos questions  
au 087/790.314

Service des admissions

# Demande de transfert pour une admission dans le centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle .....

• **Données administratives**

• **Demandeur (compléter les données ou coller une vignette)**

Nom: .....

Prénom: .....

Numéro national: .....

Adresse: .....



Code postal: ..... Commune: .....

Tél/ Gsm: .....

Nr. Mutuelle: ..... Code titulaire: ..... / .....

Nom Médecin généraliste: ..... Tél Médecin généraliste: .....

Langue : Français / Néerlandais / Allemand/ Autre

• **Contact à l'hôpital ou référent au domicile**

Nom ..... Service: .....

Tél/ Gsm: ..... Email: .....

| Service | Personne de contact | Téléphone | Email |
|---------|---------------------|-----------|-------|
|         |                     |           |       |

• **Personne de contact**

Nom: ..... Prénom: ..... Lien de parenté: .....

Tél/Gsm: .....

Nom: ..... Prénom: ..... Lien de parenté: .....

Tél/Gsm: .....

• **Accompagnant éventuel (si l'accompagnant nécessite aussi des soins = faire une demande distincte )**

• Accompagnant valide: Nom: .....

• Accompagnant avec soins: Nom: .....

• **Type de chambre:** le patient souhaite::

Une chambre individuelle

une chambre à 2 lits

une chambre avec accompagnant

## 2. Données médicales et sociales

- **Hospitalisation** du ...../...../20.... au (date probable) ...../...../20...

- pour une intervention chirurgicale
- pour une affection grave
- poursuite de l'hospitalisation à domicile.

- **Important pour le dossier kiné :**

Date intervention: ...../...../..... Code opératoire: ..... K ..... ou ..... N.....

Sans appui:  Oui  Non Si oui, jusqu'au : ...../...../.....

Passage aux soins intensifs:  Oui  Non

Accident de travail:  Oui  Non

- **Perte temporaire de l'autonomie dans la situation au domicile ou remplacement du domicile à cause de:**

- une affection grave: .....
- une affection locomotrice: .....

- **Les comorbidités suivantes sont présentes<sup>1</sup>:**

diabète<sup>2</sup> type I / type II

hypertension

Problème cardiaque: .....

Problème pulmonaire: .....

Problème orthopédique: .....

Problème oncologique: .....

Problème neurologique: .....

Problème urologique: .....

Problème psychique/cognitif<sup>3</sup>: .....

Problème alimentaire<sup>4</sup>: .....

Problème d'addiction: .....

- Il y a des facteurs environnants qui influencent la situation au domicile<sup>1</sup>:  .. Oui  Non

Lesquels .....

<sup>1</sup> Cocher ce qui convient

<sup>2</sup> Entourer ce qui convient

<sup>3</sup> Les personnes avec démence et sans accompagnant ne peuvent pas être admis dans ce centre à cause de l'accès libre du centre.

<sup>4</sup> Par exemple alimentation par sonde, sondevoeding, stomie, Problèmes de déglutition.

● **Le plan de soins multidisciplinaire contient de préférence les disciplines suivantes<sup>5</sup> :**

- Soins infirmiers<sup>6</sup>
- Kinesithérapie (fournir la prescription)
- Service social
- Psychologue
- Diététique
- Ergothérapie
- Logopédie avec prescription ORL ou neurologue

● **Avec les objectifs de revalidation suivants<sup>4</sup>:**

- Optimisation de l'autonomie des soins
- Gestion des médicaments
- Gestion de la douleur
- Amplitude des mouvements et force
- Mobilité
- Rétablissement fonctionnel
- Autres:.....
- Intégration sociale
- Bien-être émotionnel et confiance en soi
- Nutrition / contrôle du poids
- Autonomie dans les activités de tous les jours
- Compétences professionnelles et récréatives

- Informations importantes dans le cadre de la revalidation et les soins infirmiers:  
.....

● **Points d'attention<sup>4</sup>**

- Allergies: .....
- Régime: .....Alimentation par sonde entérale: Oui / Non
- Oxygène: .....Accord médecin conseil: Oui / Non Fournisseur: .....
- Infections/Contagions: .....
- Soins de plaie: .....
- Dialyse: hémodialyse of dialyse péritonéale
- Autres: .....

**3. Données sociales<sup>4</sup>**

- Administrateur de biens
- Soins à domicile
- Aides à domicile
- Suivi par un service social reconnu

**4. Estimation de la durée du séjour :**

Admission date: .../.../..... jusqu'au .../.../.....

Durée du séjour:.....

Lieu de résidence après le séjour: .....

**Merci de joindre un rapport médical récent et la liste des médicaments.**

Date:..... / ..... / .....

Signature +cachet du médecin.....

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données.

<sup>5</sup> Cocher ce qui convient

<sup>6</sup> Merci de joindre une échelle de Katz

• Description du taux d'autonomie actuel (échelle de Katz)

| Critère                    | 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(e) 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  | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture           | doit être entièrement aidé(e) pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture              |
| TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS | est autonome pour le transfert et se déplace de manière 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 infirme ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer                    |
| ALLER AUX TOILETTES        | est capable d'aller seul(e) aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer  | a besoin d'aide pour un des trois actions suivantes: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer   | a besoin d'aide pour deux des trois actions suivantes: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer | doit être entièrement aidé(e) pour les trois actions suivantes: se déplacer et s'habiller et s'essuyer |
| CONTINENCE                 | est continent(e) pour les urines et les selles  | est accidentellement incontinent(e) pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)                             | est incontinent(e) pour les urines (y compris exercices de miction ou les selles)                   | est incontinent(e) pour les selles et les urines   |
| MANGER                     | est capable de manger et de boire seul(e)   | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire  | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il/elle mange ou boit                                      | est totalement dépendant(e) pour manger ou boire   |
| TEMPS (2)                  | pas de problème   | de temps en temps (problèmes rares)   | des problèmes presque chaque jour   | totalement désorienté(e) ou impossible à évaluer   |
| ESPACE (2)                 | pas de problème   | de temps en temps (problèmes rares)   | des problèmes presque chaque jour   | totalement désorienté(e) ou impossible à évaluer   |

**Si la personne obtient un score de 2 ou plus pour le critère spatio-temporel: veuillez fournir un score MMSE récent, un rapport circonstancié des antécédents médicaux et du compartement actuel de la personne.**

Score MMSE: ...../30

| Critère                       | 1      | 2        | 3                   | 4        | 5                    |
|-------------------------------|--------|----------|---------------------|----------|----------------------|
| Comportement nocturne         | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Dérangement verbal            | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Comportement destructeur      | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Difficulté à l'expression     | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Comportement agité            | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Perte de notion de bienséance | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |
| Fugue                         | jamais | rarement | presque chaque nuit | toujours | impossible à évaluer |