

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN COURT SÉJOUR ET CERTIFICAT MÉDICAL**

Veuillez renvoyer ce document à l'établissement de soins choisi dès que possible.

Ter Duinen: [kortverblijf@terduinen.be](mailto:kortverblijf@terduinen.be)

Hooidonk: [aanvragen@hooidonk.be](mailto:aanvragen@hooidonk.be)

PÉRIODE SOUHAITÉE: .....  
 PÉRIODE DÉJÀ DISCUTÉE PAR TÉLÉPHONE :  OUI /  NON  
 ACCOMPAGNON : .....

Vignette de votre mutualité ici  
*(Obligatoire)*

**DÉTAILS D'IDENTIFICATION**

Nom et prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune:.....  
 E-mail : .....  
 Numéro national : ..... Date de naissance: ...../...../.....  
 Numéro de votre mutualité : ..... Code: ...../.....  
 Numéro téléphone : .....

Nom de la personne de contact : ..... Parenté: .....  
 Numéro de téléphone de la personne de contact: .....  
 E-mail de la personne de contact : .....

Nom du médecin : .....  
 Numéro de téléphone du médecin : .....

**DONNÉES MÉDICALES - à compléter par le demandeur**

1. Utilisez-vous des aides particulières? Si oui, lesquelles?  
 .....

2. Avez-vous besoin d'aide pour les soins quotidiens ? Veuillez indiquer de quelle aide vous avez besoin.

<b>Se laver</b>	<input type="checkbox"/> aide complète	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aucun aide nécessaire
<b>Se habiller</b>	<input type="checkbox"/> aide complète	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aucun aide nécessaire
<b>Se déplacer</b>	<input type="checkbox"/> aide complète	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aucun aide nécessaire
<b>Toilettes</b>	<input type="checkbox"/> aide complète	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aucun aide nécessaire
<b>Manger</b>	<input type="checkbox"/> aide complète	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aucun aide nécessaire
<b>Continence</b>	<input type="checkbox"/> aucun problème	<input type="checkbox"/> incontinence accidentelle	<input type="checkbox"/> totalement incontinent
<b>Situation de vie</b>	<input type="checkbox"/> cohabitant	<input type="checkbox"/> vivant seul	<input type="checkbox"/> centre de soins résidentiels

3. Si vous avez besoin de soins infirmiers (des injections, des soins de plaies), apportez une ordonnance de votre médecin traitant.
4. Si vous avez besoin d'oxygène pendant votre séjour, vous devez le **fournir le matériel vous-même**, en vous adressant à votre pharmacie.

5. Médicaments

Veuillez prévoir une quantité suffisante de médicaments pour votre séjour.

Administration des médicaments :  Par l'infirmière (apporter les médicaments pour les 3 premiers jours)

Par vous-même (apporter les médicaments pour toute la durée du séjour)

6. Que faire après votre séjour? (Retour à la maison, admission à l'hôpital,...)

.....  
 .....

**DONNÉES MÉDICALES - à remplir par votre médecin traitant**

1. Antécédents médicaux importants et détails pertinents de la situation actuelle.

(Vous pouvez joindre un rapport médical si nécessaire)

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

2. Détails

Allergies connues, à savoir: .....

État mental

Normal

Confusion légère

Démence: perturbatrice/non perturbatrice

Dépression

Problèmes d'addiction, à savoir: .....

Régime à suivre, à savoir: .....

Le cas échéant, spécifier les alimentations spéciales

Oxygénothérapie. Si oui, combien litre/minute .....

Soins infirmiers ( les injections, le traitement des plaies). Si oui, veuillez joindre une ordonnance.

Dialyse. Si oui, vous devez prendre vous-même rendez-vous avec le centre de dialyse. À votre arrivée, vous pouvez donner les rendez-vous.

Kinésithérapie. Si oui, veuillez inclure une ordonnance et tout certificat de pathologie électronique.

Autres commentaires supplémentaires:

.....

3. Médicaments

3.1. Veuillez fournir un schéma du traitement **actuel**.

3.2. En cas d'utilisation de médicaments avec l'accord du médecin-conseil, veuillez joindre une copie du certificat d'autorisation.

3.3. En cas d'utilisation de médicaments anticoagulants, veuillez joindre le schéma à suivre et indiquer la fréquence des prises de sang.

3.4. Attention particulière à l'insuline. Indiquer les dosages ou le schéma de variabilité, le cas échéant.

- le patient a un parcours de soins diabète  
 le patient est approuvé dans le cadre de la convention sur le diabète

Date et signature

Cachet du médecin

