Séjours & Santé
nous prenons soin de vous
MUTUALITE CHRETIENNE

Hooidonk
Spa Nivezé
Ter Duinen

Schaerbeek, le 6 mai 2025

Comment remplir correctement le formulaire de demande de convalescence ?

Certaines informations doivent obligatoirement se trouver sur la demande de convalescence.
Nous vous invitons

- à télécharger le formulaire de demande sur notre site https://www.sejoursetsante.be/telechargements afin d'être certain que vous utilisez bien la dernière version ;
- à indiquer **au minimum** toutes les informations obligatoires (voir ci-dessous) ;
- à indiquer toute autre information utile pour la bonne prise en charge du patient.

OBLITATOIRE :

Page 1:

- **Nom, prénom, NISS et mutuelle du patient**
- **Contact** (pour le suivi du dossier)

Page 2:

- **La pathologie**::
  - sous "Hospitalisation" s'il s'agit d'une hospitalisation (y compris les urgences)
  - sous "Perte d'autonomie temporaire …" s'il s'agit d'une demande sans passer par la case "hôpital".
- **Données importantes pour la kinésithérapie :**
  - Indiquez TOUTES les informations.
  - "Soins intensifs oui/ non" est notamment important pour que votre patient bénéficie d'un maximum de séances de kiné.
- **Comorbidité et/ou facteurs environnementaux** : Cochez au minimum un motif complémentaire.

Page 3:

- **Plan de rééducation multidisciplinaire:** Cochez au minimum une discipline.
- **Objectif de rééducation :** Cochez au minimum un objectif.
- **Date d'admission estimée : attention,** le patient ne pourra pas entrer avant cette date
- **Durée prévue du séjour :** n'indiquez **rien**
- **Après le séjour, départ vers :** à remplir
- **Date, signature et cachet avec le n° INAMI** du médecin

Echelle de Katz:

- Remplir l'échelle
- **Date, signature et cachet reprenant le numéro INAMI** du médecin ou de l'infirmier(ère).

Nous restons à votre disposition :

Spa Nivezé : reservation@niveze.be ou 087 79 03 14
Hooidonk : aanvragen@hooidonk.be ou 03 320 28 11
Ter Duinen : planning@terduinen.be ou 058 22 33 11

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 ☐

2. Volet médical (à compléter <u>entièrement</u> 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]: laquelle ? ……..
  ☐ affection locomotrice[1] : laquelle ? .....……..

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

  □ diabète[2] type I / type II

  □ hypertension

  □ problème cardiaque : ……

  □ problème pulmonaire : ……

  □ limitations orthopédiques : ……..

  □ problème oncologique : ……

  □ trouble neurologique : ……..

  □ problème urologique : ……

  □ problèmes psychiques/cognitifs [3]: ……..

  □ trouble alimentaire [4]: ……..

  □ problème d'assuétude : ……

- Il y a des facteurs environnementaux à domicile qui influencent cette admission[1] ☐ 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] :**

□ Soins infirmiers[6]
□ 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
[6] Toujours ajouter l'échelle de Katz

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 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 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 au dessus ou 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 autonome pour le transfert et se déplace de façon 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 grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER À LA TOILETTE	Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger et boire
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 : .....