

DONNEES ADMINISTRATIVES

1. **Identification du patient :**

Nom : Prénom :
Date de naissance : Genre : F H X
N° registre national :
Téléphone :
Adresse :
Etat civil : Nationalité :

2. **Données mutuelles :**

Mutuelle : en ordre de cotisation : Oui Non
Numéro d'identification de la Mutuelle :
Assurance hospitalisation : Non Oui

3. **Médecin traitant :**

4. **Intervention de la Compagnie d'assurance :**

Date de l'accident : Dossier n° : Type : Roulage Travail Autre
Nom et adresse de la Compagnie d'assurance :
.....

5. **Personne(s) de contact :**

Nom : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :
Nom : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :

6. **Médecin introduisant la demande :** N° INAMI :

Médecin traitant ou spécialiste :
Adresse : Téléphone :

7. **Date présumée du transfert :**

8. **Souhait du patient pour le choix de la chambre :** Types : 3 lits 2 lits 1 lit

DONNEES SOCIALES

1. **Lieu de vie habituel du patient :** Domicile Seul Institution Autres :

2. **Réquisitoire CPAS :** Non Oui En cours A réaliser

3. **Administrateur de biens :** Non Oui En cours A réaliser

4. **Perspectives d'avenir :** Retour au domicile Transfert en MR-MRS Autre :

5. **Coordonnées de l'assistant(e) social(e) en charge du dossier :**

DONNEES MEDICALES

1. Diagnostic :

Diagnostic motivant la demande d'hospitalisation en réadaptation :

.....

Date du début de la maladie :

Intervention chirurgicale réalisée en date du :

Code INAMI : Type :

Complications :

Antécédents médicaux et chirurgicaux les plus importants :

.....

.....

2. Etat clinique actuel du patient et pronostic fonctionnel :

.....

Mesures d'isolement : Non

Oui Médical

Infectieux

Préciser : Préciser :

Statut microbiologique :

3. Traitement (joindre si possible la liste des médicaments) :

Traitement médical en cours :

.....

Dialyse : Fréquence : /sem. Hôpital de jour (chimiothérapie, radiothérapie en cours)

Traitements rééducatifs déjà effectués :

- Convention de rééducation 950 ou autre Préciser :

- Numéro de nomenclature INAMI : K Nombre de séances :

- Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance de pathologie lourde ? Non Oui

(Si oui, joindre une photocopie)

4. Objectifs de l'hospitalisation :

- Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une lésion médullaire traumatique ou non

- Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique aiguë

- Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection orthopédique

- Appui autorisé : Non Jusqu'au :

Oui Complet Partiel (kg) Jusqu'au

- Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique chronique (SEP, Parkinson, SLA, atrophie multi-systémique, ...

- Revalidation pluridisciplinaire d'une affection psycho-gériatrique Laquelle :

- Autre (après contact avec le médecin du Centre de rééducation)

- Avis MPR Non Oui

5. Documents à joindre lors du transfert :

- Bio, bactério, imagerie médicale, autres.

- **Rapport succinct du MPR motivant la revalidation.**

DONNEES INFIRMIERES

Service d'hospitalisation : **Téléphone :**

1. Alimentation et hydratation :

Autonome

Per os :

Soutien logistique (couper la viande, beurrer les tartines, ...)

Aide partielle (boire / manger)

Aide complète

Régime Préciser :

Troubles de déglutition : Avis ORL Non Oui Logopède Non Oui

Par sonde :

Naso-gastrique Date de mise en place :

Gastrostomie Date de mise en place :

Jéjunostomie Date de mise en place :

Parentérale : Non Oui

2. Mobilité/Déplacements :

Autonome Aide partielle Aide complète

Lit strict : Non Oui Jusqu'au :

Transferts : sans aide Surveillance Aide partielle Aide Complète

Déplacements : Fauteuil roulant

Déambulation - avec appareillage : Non
Oui Lequel :

- avec appareillage : Non
Oui Lequel :

3. Hygiène corporelle :

Autonome

Aide partielle

Aide complète

4. Elimination :

4.1 Urinaire : Continence : Non Oui

Stomie

Cathéter sus-pubien

Sondage intermittent

Sonde vésicale

4.2 **Fécale :** Continence : Non Oui
 Stomie

5. **Altérations de la peau :** Non Oui

Plaie(s)

Cicatrice opératoire

	Type	Localisation	Traitement
Plaie n°1			
Plaie n°2			
Plaie n° 3			

Escarre, ulcères...

	Type	Localisation	Traitement
Plaie n°1			
Plaie n°2			
Plaie n°3			

6. **Respiration :**

Oxygénothérapie : Non Oui

Convention Non Oui Depuis le :

Ventilation artificielle : Respirateur BIPAP CPAP

Convention Non Oui Depuis le :

Trachéotomie : Non Oui : Ballonnet Fenestrée

Marque : Modèle : (nom+numéro) Diamètre :.....(numéro)

Corpulence

Normale

Obésité

Maigreux

Poids :

7. **Psychologie clinique :**

Humeur normale

Etat dépressif

Humeur anxieuse

Autres troubles

Préciser :

8. **Neuropsychologie :**

Déficit cognitif

Agitation

Confusion

Démence

Risque de fugue

Apathie

9. **Communication :**

Normale

Difficile

Aphasie

Formulaire de demande d'admission du patient dans la filière d'éveil coma
(à joindre au dossier de demande d'admission de base)

1. **Profil d'évolution** (donner les stades que le patient a traversés et celui dans lequel il se trouve actuellement + dater chaque transition :

- Coma :
- Etat végétatif ou d'éveil non-répondant :
- Etat de conscience minimale :

2. **Information à la famille :**

- Pronostic : Non Oui
- Circuit de soins pour le long terme : Non Oui
- Discussion des options thérapeutiques en cas d'évolution péjorative : Non Oui

3. **Médecin responsable :**

4. **Explorations spécifiques :**

- IRM fonctionnelle : Non Oui Résultat :
- PET-Scan : Non Oui Résultat :
- Echelle CRS-R : Non Oui Résultat :
- PE cognitifs : Non Oui Résultat :