

Données administratives

1. Identification du patient :

Nom : Prénom : H / F
Date de naissance :
Téléphone :
Adresse :
.....
Etat Civil : Nationalité :

2. Données mutuelles :

Mutuelle : en ordre : non / oui
N° Mutuelle : CT1 / CT2
N° National :
Assurance hospitalisation : non / oui

3. Médecin traitant :

4. Intervention de Cie d'assurance :

Date de l'accident : Dossier n° : Type :
Nom et adresse de la Cie 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 (ou localité) :

7. Date souhaitée du transfert:

8. Souhaits du patient :

Type de chambre : 2 lits 1 lit

Données sociales

1. Lieu de vie habituel du patient

Domicile seul Institution Autre :

2. Réquisitoire CPAS : non oui en cours à réaliser

3. Administrateur de biens : non oui en cours à réaliser

Coordonnées :

4. Perspectives d'avenir :

Retour au domicile Transfert en MR-MRS Autre :

5. Coordonnées de l'AS en charge du dossier :

5. Plaies :

cicatrice opératoire

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

Escarre, ulcère, ...

	Type	Localisation
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 type : depuis le

7. Corpulence :

Normale / obésité / maigreur - (poids : kg)

8. Psychologie clinique :

Humeur normale / état dépressif / humeur anxieuse

Autres troubles :

9. Neuropsychologie :

Déficit cognitif / agitation / confusion / démence / risque de fugue / apathie

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

1. **Profil d'évolution** (donner les stades que le patient a traversés et le stade 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 :
- Petscan : non / oui résultat
- Echelle CRS-R : non / oui résultat
- PE cognitifs : non / oui résultat