

INFORMATIONS

RESIDENCE TREFLES, ANDERLECHT

Nom et prénom du futur résident : _____

Nom d'épouse : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

Téléphone : _____

Nationalité : _____

N° National : _____

Situation de famille : _____

Langue : _____

Mutuelle : _____

Autonomie	Oui / Bonne	Non / Mauvaise	¿ Non communiqué
Vue	Bonne	Mauvaise	¿
Lunettes	Oui	Non	¿
Audition	Bonne	Mauvaise	¿
Appareil auditif	Oui	Non	¿
Langage compréhensible	Oui	Non	¿
S'habille seul(e)	Oui	Non	¿
Se lève seul(e)	Oui	Non	¿
Se couche seul(e)	Oui	Non	¿
Fait sa toilette seul(e)	Oui	Non	¿
S'alimente seul(e)	Oui	Non	¿
Suit un régime	Ss sel	Ss sucre	¿
Se déplace hors du lit	Oui	Non	¿
Marche seul(e)	Oui	Non	¿
Appareillage déambulatoire	Canne /Rollator	Fauteuil	¿
Cohérence	Oui	Non	¿
Orientation	Oui	Non	¿
Handicap	Oui	Non	¿
Nature du handicap	Bras	Jambes	Autre
Incontinence	Oui	Non	¿
Sonde urinaire	Oui	Non	¿
Gestion des médicaments	Oui	Non	¿

Etat psycho-comportemental	Oui	Non
Difficultés relationnelles		
Difficultés caractérielles		
Opposition		
Episode d'agitation (diurne/nocturne)		
Agitation constante		
Conduite à risque (tabac/ médicaments/ alcool)		
Phobies		
Déambulation (diurne/nocturne)		
Fugues		
Cris		
Agressivité – violence		
Repli sur soi		
Tentative de suicide		
Surveillance particulière		
Peut monter les escaliers sans aide ?		
Peut prendre un ascenseur sans aide ?		

Kiné actuellement : oui – non

Nombre de séances par semaine : _____ x / semaine

Besoin de Kiné lors de son séjour ? Oui – Non

A déjà une prescription ? Oui – Non

Dentier : Oui – Non

Appareil auditif : Oui – Non

Appareillage appartenant au résident : Canne – Rollator – Fauteuil

Médecin traitant : _____ Tél : _____

En cas d'hospitalisation :

Le dossier médical se trouve à (hôpital de prédilection) _____

RESIDENCE TREFLES, ANDERLECHT

Date d'entrée souhaitée : _____

Souhaite réserver une chambre de type : _____

Pour une **durée déterminée** : du/...../..... Jusqu'au/...../.....

Pour une **durée indéterminée** : à compter du/...../.....

☐ **Agissant pour lui-même**

☐ **Représenté(e) par :**

Mr, Mme, Melle _____

Né(e) le : _____ à _____

Demeurant à _____

Téléphone _____

Agissant en qualité de Représentant légal en vertu d'une décision de justice (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice). Joindre copie de la décision de justice.

Nom, qualité, adresse et numéro de téléphone de la ou des personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Nom _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Contact pour la facturation :

Nom : _____ Lien : _____

- ☐ Mail : _____
- ☐ Courrier postal : _____
- ☐ A la résidence
- ☐ Par domiciliation : Oui – Non N° de Compte bancaire : _____

A prévoir pour de l'entrée :

En chambre :

- ☐ Abonnement télé (10€/mois ou 3€/semaine)
- ☐ Téléphone avec abonnement (10€/mois ou 3€/semaine)
- ☐ Lit : Barreaux – Perroquet
- ☐ Fauteuil relax

Qui s'occupe du linge :

- ☐ Notre blanchisserie
- ☐ La famille

Service de coiffure :

- ☐ Coiffeur interne : Fréquence _____
- ☐ Coiffeur externe

Distribution du courrier :

- ☐ En chambre
- ☐ Garder dans le bac de l'accueil
- ☐ L'envoyer avec les factures mensuelles

Service de pédicure :

- ☐ Pédicure interne
- ☐ Pédicure externe

Date et signature du résident ou son représentant
(signature précédée de la mention « lu et approuvé »):

PIÈCES À FOURNIR

pour l'entrée en résidence

En cas de réservation ferme, fournir :

Un acompte d'un montant de 500€, déductible de la 1ère facture
Virement à effectuer sur le compte **BE 26 3101 2106 0029**

Communication libre : TREFLES + Nom & Prénom du futur résident

DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ Fiche « Réservation » (page 3)
- ☐ Fiche « Événements de vie du résident » (page 5)
- ☐ Carte d'identité
- ☐ Photo d'identité récente (pour les entrées en hébergement permanent)
- ☐ Vignettes de mutuelle
- ☐ Vaccin pneumocoque : Statut : Date :
- ☐ Vaccin COVID :
 - Dose n°1 : Date :
 - Dose n°2 : Date :
 - Dose n°3 : Date :
 - Dose n°4 : Date :
 - Dose n°5 : Date :

DOSSIER MÉDICAL

Les informations médicales demandées ci-après seront bien entendu traitées dans l'établissement avec toute la discrétion nécessaire par le personnel compétent tenu au secret médical.

- ☐ Fiche « Admission » à remplir par le médecin traitant ou dossier de sortie d'hôpital
- ☐ Dernières ordonnances médicales Traitements, soins infirmiers, soins kiné, etc.
- ☐ Bilan de santé à transmettre par votre médecin
- ☐ Derniers documents médicaux en votre possession : Radiographies pulmonaires, Scanner cérébral, Mammographie, Autres examens (ECG, Doppler...)
- ☐ Carnets de surveillance : Pace maker, Prothèses auditives, Porteurs implants oculaires, Diabète, etc.

À COMPLÉTER SUR PLACE LE JOUR DE L'ENTRÉE

- ☐ Convention d'hébergement et Règlement d'Ordre Intérieur
- ☐ État des lieux
- ☐ Inventaire des objets déposés (si besoin)

EVÉNEMENTS

de la vie du résident

Mieux connaître nos résidents nous aide à offrir une prise en charge personnalisée

Son passé - Sa famille :

Son parcours professionnel :

Ses activités et ses passions :

Ses goûts, ses désirs, ses peurs

Autres précisions :

Admission

A remplir par votre médecin traitant (sauf si sortie de milieu hospitalier)

Document couvert par le secret médical à remettre sous pli confidentiel au personnel médical de l'établissement et joindre la synthèse du bilan de santé.

Cher Docteur,

Nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une personne que vous suivez. La précision de vos renseignements contribuera à une prise en charge adaptée de votre patient.

Nom

Prénoms

Date de naissance

ACTUELLEMENT, LA PERSONNE EST :

- ☐ À domicile
 ☐ À l'hôpital ou en clinique
 ☐ En établissement spécialisé
☐ En maison de repos
 ☐ En maison de revalidation
 ☐ Autres

Coordonnées :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX ET OPHTALMIQUES :

PATHOLOGIES EN COURS :

ALLERGIES :

La personne a-t-elle bénéficié d'une vaccination anti-pneumococcique ? ☐ OUI ☐ NON

Le résident est-il porteur d'une MRSA connue ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, localisation et type ?

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

☐ Poids : _____		
☐ Tabac :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Alcool :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Diabète :	☐ OUI ☐ NON	☐ DNID ☐ DID
☐ Ins. Thyroïdienne :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Pace Maker :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Transfusions :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Séquelles neurologiques :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Séquelles orthopédiques :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Pathologie psychiatrique :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Épilepsie :	☐ OUI ☐ NON	
☐ Régime particulier :	☐ OUI ☐ NON	Lequel :
☐ Autres pathologies : _____		

APPAREILLAGE :

- ☐ Prothèses : Dentaire ☐ OUI ☐ NON
 Orthopédique ☐ OUI ☐ NON
 Auditive ☐ OUI ☐ NON
 Oculaire ☐ OUI ☐ NON

SOINS EN COURS :

- ☐ Injections : ☐ OUI ☐ NON ☐ TYPE
☐ Escarres : ☐ OUI ☐ NON ☐ TYPE
☐ Autres pansements : ☐ OUI ☐ NON ☐ TYPE
☐ Sonde vésicale : ☐ OUI ☐ NON
☐ Autres sondes (préciser) :
☐ Surveillance particulière :

TRAITEMENT EN COURS :

ECHELLE DE KATZ :

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
SE LAVER		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus ou 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 de 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 au-dessus ou en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		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 A LA TOILETTE		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des 3 items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des 3 items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les 3 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 artificielle compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou des 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 ou boire
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

Sur base de cette échelle d'évaluation : catégorie ☐ O ☐ A ☐ B ☐ C ☐ C dément

Je soussigné(e) Docteur _____

Déclare avoir examiné Monsieur ou Madame _____

Le _____ À _____ CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN