



Formulaire de demande pour une cure de convalescence

Les conditions générales peuvent être consultées sur le site du centre de convalescence ou dans l'agence de la mutualité

PARTIE A REMPLIR PAR LE/LA CURISTE

A renvoyer par courrier, par fax ou par e-mail au Service social de la
Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant

Rue du Midi 111 – 1000 Bruxelles

Tél. : 02 546 15 12 Fax : 02 502 11 26 e-mail : service_social@fmsb.be

J'opte pour un séjour dans un des centres reconnus par les mutualités

socialistes: 'Duneroze' à Wenduine, Koninklijke baan 90, 8420 Wenduine (opname@duneroze.be)

'DeCeder' à Deinze, Parijsestraat 34, 9800 Deinze (opname@deceder.be)

Vignette de la mutualité

Données du patient

Nom - prénom : _____

Rue + n° : _____ Boite : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ GSM: _____

Adresse e-mail : _____ Numéro de registre national : _____

Date de naissance : _____ N° membre mutualité: _____

Coordonnées d'un(e) accompagnant(e) éventuel(le) (si l'accompagnant(e) a besoin de soins il est nécessaires de faire également une demande)

Nom - prénom : _____

Téléphone : _____ GSM: _____

Date de naissance : _____

Coordonnées de la personne qui a introduit la demande

Nom - prénom : _____ Nom de l'hôpital/organisation : _____

Téléphone : _____ GSM: _____

Adresse e-mail : _____

Fonction : _____

Faites-vous usage de (indiquez ce qui est d'application) :

Chaise roulante déambulateur autres : _____

Alimentation (indiquez ce qui est d'application) :

Diabétique Sans sel Pauvre en sel Faible en graisses Sans gluten Alimentation par sonde

Avez-vous une allergie à certains aliments ? Si oui, lesquels ? : _____

Type de chambre

Je choisis une chambre d'une personne

Je choisis une chambre de deux personnes

Partie à remplir par l'établissement et/ou la Mutualité:

En règle avec l'assurance complémentaire jusqu'au : ___/___/20___ Vérifié par : _____

Nombre de jours déjà pris : _____ (max. 60j/an) Signature : _____

Favorable Nombre de jours acceptés : _____

Défavorable

Signature : _____ Remarques : _____

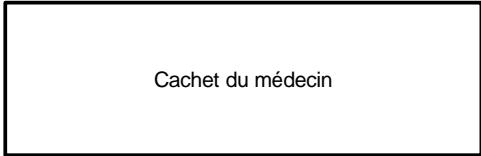
PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE

Je, soussigné (médecin traitant),

Nom – prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____



Confirme que la personne concernée :

ne présente pas de risque d'infection pour elle-même ou pour son environnement et peut résider dans un centre de convalescence Oui Non

n'a pas de comportement de fuite, d'appel ou perturbateur Oui Non

suis une dialyse X par semaine Oui Non

Raisons médicales ou diagnostic détaillé pour une demande de cure de convalescence de jours (max. 60j/an)

Aide : (indiquez ce qui est d'application)

Aiguë Date d'hospitalisation : ___/___/___ Date attendue de sortie de l'hôpital : ___/___/___

Diagnostic : _____

Chronique Date de début de la condition : ___/___/___

Diagnostic : _____

Hôpital où l'hospitalisation a eu lieu ? _____

Veillez TOUJOURS joindre une échelle de KATZ-score svp.

	Non	Oui	Chaque jour	Plusieurs fois par semaine	Remarque
<u>Soins hygiéniques :</u>					
- aide pour la toilette					
- douche					
<u>Aide pour s'habiller / se déshabiller :</u>					
<u>Aide / observation pour la prise de médicaments :</u>					
<u>Soins infirmiers :</u>					
- injections : si oui, lesquelles ?					
- soins de plaies					
- incontinence					
- urinaire					
- fécale					
<u>Besoin d'oxygène</u>					
<u>Kinésithérapie</u>					

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM – Prénom :

Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau 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 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 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 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 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 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	doit être entièrement aidé 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 ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie C dément
catégorie D est demandée ⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽¹⁾

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable ⁽¹⁾	Date :/...../.....	Signature
--	-----------------------------	-----------

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.

Catégories de dépendance

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie D : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

Catégorie C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique
spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette
et/ou pour manger.

Critères de dépendance

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique
spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou
en psychiatrie.