

M.R.S. SAINT-ANTOINE
55, rue de Mageroux

6762 SAINT-MARD

☎ : 063/21.16.00

Fax : 063/57.68.04

jeanyves.wilkin@vivalia.be (Directeur)

manon.joris@vivalia.be (Ass. Soc.)

nadine.bous@vivalia.be (Infi chef)

benoit.robert@vivalia.be (Infi chef)

Résidence des Oliviers

Dossier de pré-inscription



Au printemps 2021, Vivalia ouvre un nouvel établissement.

La résidence réunira des places en Maison de Repos, en Maison de Repos et Soins, une aile fermée pour personnes désorientées ainsi qu'un Service d'Accueil de Jours.

Nom : _____

Prénom : _____

Date de la demande : _____



RESERVE A L'ETABLISSEMENT :

INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission.

Une fois qu'il est dûment complété et signé, vous pouvez le remettre au Service Social de la MRS.

Le dossier comporte :

- Un volet administratif : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ; Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- un volet médical : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin.

Ce dossier doit être accompagné également de :

- ✚ UNE COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE « RECTO – VERSO »
- ✚ UN CERTIFICAT DE DOMICILIATION.

Pour toute information complémentaire :

Le Service « Accueil » :

- Mardi : de 8h à 12h et de 13h à 17h
- Mercredi : de 8h à 12h
- Jeudi : de 8h à 12h et de 13h à 16h

☎ 063/211.600

Le Service Social :

- Lundi : de 9h à 13h et de 13h30 à 17h
- Mercredi : de 13h20 à 17h
- Vendredi : de 9h à 13h et de 13h30 à 17h

☎ 063/211.699 – 063/211.653

✉ servicesocial.mrs.virton@vivalia.be

DEMANDE

DATE DE LA DEMANDE : ____ / ____ / ____

TYPE D'HEBERGEMENT SOUHAITE :

HEBERGEMENT PERMANENT

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

- IMMEDIAT
- DANS LES 6 MOIS
- ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE EXACTE (LE CAS ECHEANT) _____

HEBERGEMENT « ACCUEIL DE JOUR »

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

- IMMEDIAT
- DANS LES 6 MOIS
- ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE EXACTE (LE CAS ECHEANT) _____

Accueil couple souhaité : oui non

Si oui, dans la même chambre ? : oui non

Accueil couple souhaité : oui non

LIEU DE VIE ACTUEL :

- Seule à son domicile
- En couple à son domicile
- Chez enfant / proche
- MR – MRS en couple
- M.R. – MRS seul(e)
- Hôpital
- Accueil de jour
- Autre :

Dans tous les cas, préciser l'adresse complète :

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint, ...) :

La personne concernée est-elle informée (de la demande) ? oui non

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) oui non

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même oui non

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

Nom de famille (de naissance) : _____

Adresse : _____

Code postal commune / ville : _____

 : _____ téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : _____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM DE FAMILLE (naissance) (Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) : _____

Prénom (s) : _____

Profession antérieure : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance : _____

Mutuelle : _____ N° : _____

VIGNETTE MUTUELLE

ADRESSE

N°, voie, rue : _____

Code postal : _____

Commune/ Ville : _____

Pays : _____

☎ : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire vit maritalement pacsé(e) marié(e) veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

Nombres d'enfant(s) : _____

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE oui non en cours

Si oui, laquelle : Adm. biens Adm. personne personne de confiance mandat de protection future

Dans tous les cas, coordonnées de cette personne :

NOM PRENOM : _____

N°, voie, rue : _____

Code postal : _____

Commune/ Ville : _____

☎ : _____ GSM : _____

Adresse mail : _____

INTERVENTION DU CPAS

La personne concernée est-elle déjà suivie/aidée par le CPAS ? oui non

Personne de référence au CPAS : _____

COORDONNEES DES PERSONNES DE CONTACT

PERSONNE DE CONFIANCE/ DE REFERENCE

NOM Prénom : _____

Adresse complète :

- N°, voie, rue : _____
- Code postal : _____
- Commune/ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ GSM : _____

Je vous autorise à me contacter sur mon téléphone professionnel en cas d'extrême urgence :

Oui non Téléphone professionnel : _____


EMAIL : _____ LIEN DE PARENTE : _____

La personne de confiance, est la personne qui sera appelée jour et nuit en cas de problème (hospitalisation / dégradation de l'état général) mais également, la personne qui prendra les décisions au cas où la personne résidant dans notre institution n'a pas la capacité de faire connaître son avis.
Cette personne sera également notre contact pour le projet de soins personnalisé et anticipé.

AUTRES PERSONNES DE CONTACT

NOM PRENOM : _____

Adresse : _____

 : _____ gsm : _____

Email : _____

Lien de parenté : _____

NOM PRENOM : _____

Adresse : _____

 : _____ gsm : _____

Email : _____

Lien de parenté : _____

NOM PRENOM : _____

Adresse : _____

 : _____ gsm : _____

Email : _____

Lien de parenté : _____

EN CAS DE DECES DANS NOTRE INSTITUTION

Merci de nous indiquer

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Volonté de don du corps | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 2. Volonté d'incinération | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 3. Existence d'un testament | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 4. Existence d'un contrat Obsèques | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 5. Propriété d'un caveau ou une concession | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

COORDONNEES DE LA SOCIETE DE POMPES FUNEBRES

Nom de la société des pompes funèbres : _____

Adresse :

N°, voie, rue : _____

Code postal : _____

Commune ville : _____

 : _____ GSM : _____

En cas de consignes particulières à observer, merci de nous les indiquer ci-dessous :

NOTAIRE


Nom Prénom : _____

Adresse :

N°, voie, rue : _____

Code postal : _____

Commune ville : _____

 : _____ GSM : _____

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Madame Monsieur

Nom de famille (de naissance) (Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'Etablissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser) : _____

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (NOM, PRÉNOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE)

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS : OUI NON

ALLERGIES : oui non SI OUI, PRÉCISER : _____

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE Ne sait pas oui non

Si oui, préciser (localisation, etc... : _____

Préciser la date du dernier prélèvement : _____

TAILLE : _____

POIDS : _____

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées..)		
Troubles sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (cpap, vni..)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		
Sevrage		

ALIMENTATION / DÉGLUTITION	OUI	NON
Aide à la prise du repas	Oui	Non
Régime : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> autre(s)		
Texture aliments : <input type="checkbox"/> A7 (normal) <input type="checkbox"/> A6 (PMT) <input type="checkbox"/> A5(FHL) <input type="checkbox"/> A4 (mixée) <input type="checkbox"/> A3 (liquéfié) ⇒ norme IDDSI		
Texture boissons : <input type="checkbox"/> BO (liquide) <input type="checkbox"/> B1 (TLE) <input type="checkbox"/> B2 (LE) <input type="checkbox"/> B3(ME) <input type="checkbox"/> B4 (TE) ⇒ norme IDDSI		
REÉDUCATION	OUI	NON

Kinésithérapie		
Logopédie		
Autre (préciser)		
CONDUITE À RISQUE :	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		
HABITUDE DE VIE :		
Heure du levé (dans la mesure du possible)	<input type="checkbox"/> Avant 9h	<input type="checkbox"/> Après 9h
Heure du couché (dans la mesure du possible)	<input type="checkbox"/> Avant 19h	<input type="checkbox"/> Après 19h
Avez-vous une préférence pour	<input type="checkbox"/> le bain	<input type="checkbox"/> la douche <input type="checkbox"/> la toilette à l'évier

COMMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom : _____

ADRESSE : _____

N° voie, rue, boulevard : _____

Code postal : _____ Commune / ville : _____

Date : ___ / ___ / _____

Signature

Cachet du médecin

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT

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 audessus 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 audessus 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			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

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

➤ un accueil en centre de soins de jour est demandé (1) **B. RAISONS QUI** justifie le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

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

(1) Biffer la mention inutile.

CATEGORIES DE DEPENDANCE

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - 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 psychologiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

- ✚ les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- ✚ les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
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 psychologiquement :
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 C dément : y sont classés :

- ✚ les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, 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.

CRITERES DE DEPENDANCE

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise au recto, 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 psychologiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller.

LISTE DES MEDECINS

	MEDECIN	
<input type="checkbox"/>	Dr. AUTHELET	063/57.76.96.
<input type="checkbox"/>	Dr BAULARD	063/23.91.88
<input type="checkbox"/>	Dr. DECERF	063/57.06.97.
<input type="checkbox"/>	Dr COLLET.	063/57.95.74
<input type="checkbox"/>	Dr. DIFFERDANGE	063/ 57.91.32
<input type="checkbox"/>	Dr. COQUIART.	063/ 58 15 25
<input type="checkbox"/>	Dr. DUPARQUE	063/45.54.00
<input type="checkbox"/>	Dr. DUSARD Pascale	063/67.81.42
<input type="checkbox"/>	Dr. FAFCHAMPS	063/45.70.45
<input type="checkbox"/>	Dr HANRARD Victoria	063/41.25.22
<input type="checkbox"/>	Dr. HENRY Benoît	063/37.10.37
<input type="checkbox"/>	Dr. ANTIGNAC Chloé	0471/83.84.43
<input type="checkbox"/>	Dr KAIZER Francis	063/57.95.74
<input type="checkbox"/>	Dr. KOITA Marianne	063/22.43.58
<input type="checkbox"/>	Dr. LERUTH Sylvianne	063/58.22.33
<input type="checkbox"/>	Dr. LEYH Philippe	0491/74.00.50
<input type="checkbox"/>	Dr. MARINO	0495/38.17.37
<input type="checkbox"/>	Dr MATHIEU Kévin.	0475/27.72.14
<input type="checkbox"/>	Dr. MULUMBA Marie	0486/90.80.68
<input type="checkbox"/>	Dr. PALOME Laura	063/58.22.33
<input type="checkbox"/>	Dr. PIRARD Delphine	063/75.12.69
<input type="checkbox"/>	Dr. SEIVERT	063/57.00.86.
<input type="checkbox"/>	Dr. SIGWARTH	063/22.84.47
<input type="checkbox"/>	Dr. SOSSON Benoît	063/57.96.46.
<input type="checkbox"/>	Dr. SOSSON Luc	063/57.86.55.
<input type="checkbox"/>	Dr. THIRY Sylvianne	063/22.87.97
<input type="checkbox"/>	Dr. WYNANTS Sophie	063/22.87.97
<input type="checkbox"/>	Dr. WOLWERTZ	063/57.19.54

LISTE DES AFFAIRES A FOURNIR A L'ENTREE DU RESIDANT

- ✚ 1 paire de pantoufles fermées ainsi qu'une paire de chaussures souples favorisant la marche
- ✚ Stock de produits de toilette (pain de savon, shampoing, déodorant, mousse à raser, eau de toilette ou eau de Cologne, rasoirs, dentifrice et brosse à dents, crème hydratante et peigne ou brosse.)
- ✚ 1 bac pour le linge à laver
- ✚ 1 manteau d'hiver
- ✚ Un chapeau ou une casquette pour l'été
- ✚ Des lunettes de soleil pour les personnes ayant l'habitude d'en porter
- ✚ Vêtements en suffisance
 - 7 pantalons ou jupes
 - 7 pulls, chemises, sweats ou blouses
 - 7 chemisettes ou t-shirts
 - 10 paires de chaussettes ou mi-bas
- ✚ Une dizaine de gants de toilette
- ✚ Une dizaine d'essuies

Dans la mesure du possible, merci de privilégier les vêtements faciles à enfiler, surtout chez les personnes ayant des difficultés de mobilisation. (ex. ceintures élastiquées, joggings, vêtements pas trop près du corps ou suffisamment extensibles...)

Si vous gérez vous-même l'entretien du linge de votre proche, merci de veiller à ce qu'il reste toujours ces affaires en suffisance.