

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

➤ un volet médical

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE D'UNE COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE
« RECTO – VERSO ».**

PRIX D'HEBERGEMENT

Les tarifs pour l'hébergement au sein de notre MRS La Bouvière s'élèvent à :

✚Chambre individuelle : 69.30€ / jour

✚Chambre double : 62.38€ / jour

✚Centre d'accueil de jour : 44.36€ / jour

✚Résidence Service : 1074.20€ / mois

**LES ENTREES DANS NOTRE ETABLISSEMENT SE FONT UNIQUEMENT DU LUNDI AU
VENDREDI, DANS LA MATINEE ENTRE 10H ET 10H30.**

Pour toute information complémentaire, contacter : Eléna Duchesne, assistante sociale.

☎ 063/55.52.61 ✉ elena.duchesne@vivalia.be

DEMANDE

DATE DE LA DEMANDE : ____ / ____ / ____

NOM / PRENOM : _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____

TYPE D'HEBERGEMENT SOUHAITE :

☐ LONG SEJOUR ☐ COURT-SEJOUR (DATES SOUHAITEES :) ☐ RESIDENCE-SERVICE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

☐ IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ INSCRIPTION POUR PLUS TARD

TYPE DE CHAMBRE SOUHAITE

☐ CHAMBRE SEULE ☐ CHAMBRE DOUBLE
ACCUEIL COUPLE SOUHAITE : ☐ CHAMBRE SEPEREE ☐ DANS LA MEME CHAMBRE

LIEU DE VIE ACTUEL :

☐ Seule à son domicile	☐ M.R. – MRS
☐ En couple à son domicile	☐ Hôpital
☐ Chez enfant / proche	☐ 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, dégradation de l'état général, ...) :

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

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

NOM DE FAMILLE (naissance) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____ Pays : _____

Mutuelle : _____  : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

VIGNETTE MUTUELLE

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ 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 (A CONTACTER EN PRIORITE AU SUJET DE CETTE DEMANDE)

NOM Prénom : _____

Adresse complète :

▪ N°, voie, rue : _____

▪ Code postal : _____

▪ Commune/ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ GSM : _____

EMAIL : _____ LIEN DE PARENTE : _____

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 : _____

NOM PRENOM : _____

Adresse : _____

 : _____ gsm : _____

Email : _____

Lien de parenté : _____

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

PERSONNE CONCERNEE

Nom de famille (de naissance) : _____ 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 ET/OU JOINDRE LA FEUILLE DE TRAITEMENT (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...) : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Troubles sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Soins de plaies		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Autres (préciser) :		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser) :		

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		
Sevrage		

ALIMENTATION / DÉGLUTITION			
Aide à la prise du repas		Oui	Non
Régime : ☐ normal ☐ diabétique ☐ sans sel ☐ autre(s)			
Texture aliments : ☐ repas normal ☐ repas coupé ☐ repas mixé ☐ repas liquéfié			
Texture boissons : ☐ boisson normale ☐ boisson épaissie			

RÉÉDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie		
Logopédie		
Autre (préciser) :		

CONDUITE À RISQUE :	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

ECHELLE DE KATZ

Identification du bénéficiaire

NOM – Prénom :

A. ECHELLE : ENTOURER UNE CASE PAR LIGNE ET DÉTAILLER DANS LE CADRE CI-DESSOUS

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	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

DETAIL :

LISTE DES AFFAIRES A FOURNIR A L'ENTREE DU RESIDENT

-  1 paire de pantoufles fermées ainsi qu'une paire de chaussures souples favorisant la marche
-  Stock de produits de toilette (savon, shampoing, déodorant, mousse à raser, eau de toilette, rasoir électrique (si possible) pour les hommes, dentifrice, brosse à dents, crème hydratante et peigne ou brosse.)
-  1 bac pour le linge à laver (si le linge est fait par la famille)
-  1 manteau d'hiver et 1 manteau d'été
-  Un chapeau ou une casquette pour l'été
-  Une écharpe ou un foulard
-  Vêtements en suffisance
 - 7 pantalons ou jupes
 - 7 pulls, chemises, sweats ou blouses
 - 7 chemisettes ou t-shirts
 - 7 chemises de nuits ou pyjamas
 - 10 paires de chaussettes ou mi-bas
 - 10 slips
 - 1 peignoir
-  Une dizaine de gants de toilette
-  Une dizaine d'essuies et 3 grands draps de bain
-  Une valisette et trousse de toilette en cas d'hospitalisation

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 prêts 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 des affaires en suffisance.

Tous les vêtements ainsi que le nécessaire de toilette doivent être nominés, même si le linge est fait par la famille.