

**DEMANDE DE TRAITEMENT AU CENTRE DE REVALIDATION ET DE READAPTATION
DES AFFECTIONS LOCOMOTRICES ET NEUROLOGIQUES**

1.IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national:

Adresse :

Code postale: Localité:

Numéro de téléphone :

Vignet de la mutuelle :

Mut:

Numéro d'inscription:

Code: /

* Situation financière : revenu personnel / Allocations de remplacement / CPAS

2.MEDECINS TRAITANTS

- Médecin référant + adresse + service hospitalier (ou cachet) :

 - Médecin de famille + adresse:
-

3.SOCIAL

* marié – célibataire – divorcé – veuf/veuve - habite seul - habite chez

Personne à contacter : nom, adresse et numéro de téléphone

.....

* Barrer les mentions inutiles

4. DIAGNOSTIC

▪ **Diagnostic principal:**

Date du début de l'affectation: ___/___/___

Date de l'opération + numéro de nomenclature : ___/___/___

→ Les patients doivent être sans plâtre. Si plâtré: date de l'enlèvement : ___/___/___

→ Le patient ne doit pas être dans le coma, l'état végétatif ou l'état de conscience minimal

▪ **Autres diagnostics :**

5. MEDICATION

6. A AJOUTER EN ANNEXE

Rapports récents d'examens : labo, RX, Ct, NMR, examens neurophysiologiques, rapport d'hospitalisation récente, protocole opératoire, rapport d'évolution ...

7. POINTS D'ATTENTION

8. CHOIX DE LA CHAMBRE

Type de chambre souhaité	Possibilité de services complémentaires
<input type="checkbox"/> Chambre commune	
<input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits	<input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits avec service hôtelier (€40/jour)
<input type="checkbox"/> Chambre individuelle (€79,09/jour)	<input type="checkbox"/> Accompagnant dans la chambre du patient (€55/jour)
<input type="checkbox"/> Chambre individuelle avec vue sur mer (€110,49/jour)	<input type="checkbox"/> Accompagnant dans la chambre du patient (€55/jour)

9. PERSONNE DE CONTACT DU SERVICE SOCIALE

Nom et nr de téléphone :

10. CHECKLIST(voir ci-dessous)

Uniquement à remplir pour les cas neurologique ou pour les patient récemment opérés

CHECKLIST - information patient avant admission à IMBO

Nom :

Checklist rempli le :

Date de naissance :

Sexe : ♀ ♂

RAPPORT PATIENT :

Grandeur : cm Petit Normale Grand

Poids : kg Maigre Normale Obèse

Tracheacanule oui non

Gastrostomie oui non

Alimentation par sonde oui non
Quelle :

Texture alimentation :

Régime : oui non

Sonde urinaire oui non

Incontinence urinaire: oui non

fécale: oui non

Escarres oui non

Où :

MOBILITE:

Alité oui non Rolator oui non

Cannes oui non Chaise roulante oui non

Tribune oui non

TRANSFERS:

Besoin d'aide oui non Aide partielle oui non

APUI:

Complet oui non

Plantair touch oui non

Interdit oui non

ETAT EMOTIONNEL:

Confus - Parfois désorienté oui non
Agité pendant la journée oui non
Agité le soir oui non

INFECTIONS :

MRSA: oui non
ESBL: oui non

INDEPENDENCE :

Manger : Pas besoin d'aide Aide partielle Aide totale
s'Habiller : Pas besoin d'aide Aide partielle Aide totale
Se laver : Pas besoin d'aide Aide partielle Aide totale
Toilette : Pas besoin d'aide Aide partielle Aide totale

UNIQUEMENT A REMPLIR POUR PATIENTS QUI ON SUBIT UN AVC :

parèse plégie
Hémiplégie Gauche Droite non
Aphasie oui non
Spasticité oui non
Hypotonicité oui non

AUTRES DIAGNOSTIQUE IMPORTANTES: oui non

Quelle ?

INFORMATION SOCIAL :

Habite seule oui non SPF oui non

Aide à domicile oui non Quel service + combien de fois :

Inscription préventive :

Habitation accessible en chaise roulante oui non

COLLABORATION DU PATIËNT et FAMILLE:

AUTRE INFORMATION IMPORTANT :

Nom et n° de téléphone de l'infirmier chef :