



Date:

DEMANDE D'ADMISSION

Mme M-J Servais

Tél. : 085/519289

Fax : 085/410315

Email : mj.servais@cnrf.be

Mise à jour doc : 01/12/2013

1

Données administratives

1. Identification du patient :

Nom : Prénom : H / F

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Etat Civil : Nationalité :

2. Données mutuelles :

Mutuelle : en ordre : non / oui

N° Mutuelle : CT1 / CT2

N° National :

Assurance hospitalisation : non / oui

3. Médecin traitant :

4. Intervention de Cie d'assurance :

Date de l'accident : Dossier n° : Type :

Nom et adresse de la Cie d'assurance :

5. Personne(s) de contact:

• Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

• Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

6. Médecin introduisant la demande : N° INAMI :

Médecin traitant ou spécialiste :

Adresse (ou localité) :

7. Date souhaitée du transfert:

8. Souhaits du patient :

Type de chambre : 2 lits 1 lit

Données sociales

1. Lieu de vie habituel du patient

Domicile seul Institution Autre :

2. Réquisitoire CPAS : non oui en cours à réaliser

3. Administrateur de biens : non oui en cours à réaliser

Coordonnées :

4. Perspectives d'avenir :

Retour au domicile Transfert en MR-MRS Autre :

5. Coordonnées de l'AS en charge du dossier :



5. Plaies :

cicatrice opératoire

| | Type | Localisation |
|-----------|------|--------------|
| Plaie n°1 | | |
| Plaie n°2 | | |
| Plaie n°3 | | |

Escarre, ulcère, ...

| | Type | Localisation |
|-----------|------|--------------|
| Plaie n°1 | | |
| Plaie n°2 | | |
| Plaie n°3 | | |

6. Respiration :

Oxygénothérapie : non / oui

Convention : non / oui depuis le

Ventilation artificielle : respirateur / BIPAP / CPAP

Convention : non / oui depuis le

Trachéotomie : non / oui type : depuis le

7. Corpulence :

Normale / obésité / maigreur - (poids : kg)

8. Psychologie clinique :

Humeur normale / état dépressif / humeur anxieuse

Autres troubles :

9. Neuropsychologie :

Déficit cognitif / agitation / confusion / démence / risque de fugue / apathie



Formulaire de demande d'admission du patient dans la filière d'éveil de coma
(à joindre au dossier de demande d'admission de base)

1. Profil d'évolution (donner les stades que le patient a traversés et le stade dans lequel il se trouve actuellement + dater chaque transition) :

- Coma :
- Etat végétatif ou d'éveil non répondant :
- Etat de conscience minimale :

2. Information à la famille

- Pronostic : non / oui
- Circuit de soins pour le long terme : non / oui
- Discussion des options thérapeutiques en cas d'évolution péjorative : non / oui

3. Médecin responsable :

4. Explorations spécifiques

- IRM fonctionnelle : non / oui résultat :
- Petscan : non / oui résultat
- Echelle CRS-R : non / oui résultat
- PE cognitifs : non / oui résultat