



Date:

# DEMANDE D'ADMISSION

Mme M-J Servais  
Tél. : 085/519289  
Fax : 085/410315  
Email : [mjservais@chuliege.be](mailto:mjservais@chuliege.be)  
Mise à jour doc : 15/02/2021

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 : .....



# DEMANDE D'ADMISSION

## Données médicales

### **1. Diagnostic :**

Diagnostic motivant la demande d'hospitalisation en réadaptation :

.....  
.....

Date du début de la maladie : .....

Intervention chirurgicale réalisée en date du : .....

Code INAMI : ..... Type : .....

Complications : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux les plus importants :

.....  
.....  
.....

### **2. Etat actuel du patient et pronostic fonctionnel :**

.....  
.....  
.....

Mesures d'isolement :

non :

oui :  médical

infectieux

préciser : .....

préciser : .....

Statut microbiologique : .....

### **3. Traitement (joindre si possible la liste des médicaments) :**

Traitement médical en cours :

.....  
.....

Dialyse  → Fréquence : ..... /sem.      Hôpital de jour (chimiothérapie, radiothérapie en cours)

Traitements rééducatifs déjà effectués :

- Convention de rééducation 950 ou autre.

- Numéro de nomenclature INAMI : K .....      Nombre de séances : .....

- Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance de pathologie lourde ? non  / oui

(Si oui, joindre une photocopie).

### **4. But de l'hospitalisation :**

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique aiguë

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection orthopédique

Appui autorisé : non :  jusqu'au :

oui :  complet  / partiel  ( ..... kg). Jusqu'au .....

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique chronique (SEP, Parkinson, SLA, atrophie multi-systémique, ...)

Revalidation pluridisciplinaire d'une affection psycho-gériatrique  Laquelle : .....

Séjour de répit pour l'entourage

Autre (après contact avec le médecin du centre de rééducation)

### **5. Documents à joindre lors du transfert :**

Bio, bactériologie, imagerie médicale, autres.



# DEMANDE D'ADMISSION

3

## Données infirmières

Service d'hospitalisation : ..... Tél : .....

### 1. Alimentation :

Autonome

Per os :

- Soutien logistique (couper la viande, beurrer les tartines, ...)  
 Aide partielle (boire  / manger   
 Aide complète  
 Régime : préciser : .....  
 Troubles de déglutition      avis ORL      ....      logopédie  
  non /oui                                       non /oui

Par sonde :      naso-gastrique  / gastrostomie  / jéjunostomie   
date de mise en place : .....

Parentérale : non  / oui

### 2. Mobilité / Déplacements :

Autonome

Lit strict :      non   
                          oui  jusqu'au : .....

Transferts : sans aide  / surveillance  / aide partielle  / aide complète

Déplacements : • fauteuil roulant

                          • déambulation - avec appareillage : non   
  oui  lequel .....

  - avec aide technique : non   
  oui  laquelle .....

### 3. Hygiène :

- Autonome  
 Aide partielle  
 Aide complète

### 4. Elimination :

4.1 : Urinaire

Contenance : non  / oui

- stomie  
 cathéter sus-pubien  
 sonde vésicale  
 sondage intermittent

4.2 : Fécale

Contenance : non  / oui

stomie



## 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 .....