

## Formulaire de demande pour une cure de convalescence

Les conditions générales peuvent être consultées sur le site du centre de convalescence ou dans l'agence de la mutualité

### PARTIE A REMPLIR PAR LE/LA CURISTE

A renvoyer par courrier, par fax ou par e-mail au Service social de  
Solidaris Brabant

Rue du Midi 111 – 1000 Bruxelles

Tél. : 02 546 15 12 Fax : 02 502 11 26 e-mail : [service\\_social.bra@solidaris.be](mailto:service_social.bra@solidaris.be)

J'opte pour un séjour dans un des centres reconnus par les mutualités

socialistes:  'Duneroze' à Wenduine, Koninklijke baan 90, 8420 Wenduine ([duneroze.opname@animagroup.be](mailto:duneroze.opname@animagroup.be))

'DeCeder' à Deinze, Parijsestraat 34, 9800 Deinze ([info@deceder.be](mailto:info@deceder.be))

Vignette de la mutualité

### Données du patient

Nom - prénom : \_\_\_\_\_

Rue + n° : \_\_\_\_\_ Boite : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Numéro de registre national : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° membre mutualité: \_\_\_\_\_

Coordonnées d'un(e) accompagnant(e) éventuel(le) (si l'accompagnant(e) a besoin de soins il est nécessaires de faire également une demande)

Nom - prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Coordonnées de la personne qui a introduit la demande

Nom - prénom : \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital/organisation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

### Faites-vous usage de (indiquez ce qui est d'application) :

Chaise roulante      déambulateur      autres : \_\_\_\_\_

### Alimentation (indiquez ce qui est d'application) :

Diabétique      Sans sel      Pauvre en sel      Faible en graisses      Sans gluten      Alimentation par sonde

Avez-vous une allergie à certains aliments ? Si oui, lesquels ? : \_\_\_\_\_

### Type de chambre

Je choisis une chambre d'une personne

Je choisis une chambre de deux personnes

### Partie à remplir par l'établissement et/ou la Mutualité:

En règle avec l'assurance complémentaire jusqu'au : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ Vérifié par : \_\_\_\_\_

Nombre de jours déjà pris : \_\_\_\_\_ (max. 60j/an)      Signature : \_\_\_\_\_

Favorable

Nombre de jours acceptés : \_\_\_\_\_

Défavorable

Signature : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

### PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE

Cachet du médecin

Je, soussigné (médecin traitant),

Nom – prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

**Confirme que la personne concernée :**

ne présente pas de risque d'infection pour elle-même ou pour son environnement et peut résider dans un centre de convalescence      Oui      Non

n'a pas de comportement de fuite, d'appel ou perturbateur      Oui      Non

suis une dialyse ..... X par semaine      Oui      Non

**Raisons médicales ou diagnostic détaillé pour une demande de cure de convalescence de ..... jours (max. 60j/an)**

**Aide : (indiquez ce qui est d'application)**

**Aiguë**      Date d'hospitalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Date attendue de sortie de l'hôpital : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Diagnostic :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Chronique**      Date de début de la condition : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Diagnostic :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hôpital où l'hospitalisation a eu lieu ?** \_\_\_\_\_

**Veillez TOUJOURS joindre une échelle de KATZ-score svp.**

	Non	Oui	Chaque jour	Plusieurs fois par semaine	Remarque
<b><u>Soins hygiéniques :</u></b>					
- aide pour la toilette					
- douche					
<b><u>Aide pour s'habiller / se déshabiller :</u></b>					
<b><u>Aide / observation pour la prise de médicaments :</u></b>					
<b><u>Soins infirmiers :</u></b>					
- injections : si oui, lesquelles ?					
- soins de plaies					
- incontinence					
- urinaire					
- fécale					
<b><u>Besoin d'oxygène</u></b>					
<b><u>Kinésithérapie</u></b>					

## ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil  
**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT  
 LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

**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	A n c i e n S c o r e		N o u v e a u S c o r e		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 au-dessus 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 au-dessus 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 (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

**OU :** le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du .....

**Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie C dément catégorie D est demandée <sup>(1)</sup>**

**- un accueil en centre de soins de jour est demandé <sup>(1)</sup>**

**B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :**

**C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :**

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

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.

## **Catégories de dépendance**

### **MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES - 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 D** : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou  
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, 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.

## **Critères de dépendance**

### **CENTRE DE SOINS DE JOUR**

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 ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.