

Bouge, le

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir pris contact avec notre ASBL.

Voici, comme vous le souhaitiez, les documents nécessaires à l'introduction d'une demande d'hébergement dans notre institution. Afin de bénéficier d'une place chez nous il est nécessaire de procéder de la manière suivante :

- 1. Compléter les documents ci-joints par le médecin traitant de la personne qui souhaite entrer chez nous.*
- 2. Lorsque ces documents sont complétés il faut nous les faire parvenir afin d'être inscrit sur notre liste d'attente.*
- 3. Nous vous demandons de nous tenir au courant de l'avancement de la situation afin que la demande soit régulièrement actualisée.*

Nous restons à votre disposition au 081 / 21 97 12 si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Veillez croire, Madame, Monsieur en nos salutations distinguées.

Le Service Social

Tel : 081 / 219 712 Fax : 081 / 219 777

E-mail : service.social@c-a-b.be

<http://cab-maison-de-repos.over-blog.com/>

NB : les informations récoltées seront implémentées dans un programme informatique

Habitudes de vie de Mr/Mme

Surnom : *Date et lieu de naissance :* *Age :*

Pathologie : *Service(s) déjà fréquenté(s) dans l'institution :*

Profession exercée :

Mme/Mr se déplace : en chaise roulante - avec tribune – seule - avec aide

Droitier ou gaucher *Fumeur/fumeuse :* oui-non

Les repas

Allergies : *Aliments non souhaités :*

Diabète : non – oui → insuline : oui - non *Tartines avec croutes :* oui - non

Café : lait - sucre *Thé :* lait - sucre

Bière : brune - blonde *Repas :* normal - moulu – mixé

Les soins d'hygiène

Prothèse dentaire : oui - non *Lunettes :* oui - non *Prothèse auditive :* oui - non

Autonome pour la toilette : oui - non *Prise en charge toilette :* au lit - au lavabo

Incontinence : oui – non, jour – nuit *Type de protection :*

Avez-vous observé des « habitudes » lors de la toilette et de l'habillage ?

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

Mme/Mr préfère : douche - bain

Au coucher

Sieste : non ou oui, fauteuil – lit *Au moment du coucher, barreaux de lit :* oui – non

Existe-t-il des rituels au moment de la mise au lit dont le personnel devrait avoir connaissance ?

Si oui, lesquels ? :

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

La personne a l'habitude de se lever vers h et de se coucher vers h

Les Activités

Activités appréciées : Gymnastique Activités ménagères Cuisine

 Activités manuelles Lecture

FICHE SIGNALÉTIQUE

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Surnom :

Sexe : F - H

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Etat civil :

Nom du conjoint :

Nationalité :

N° carte d'identité :

Adresse du domicile :

Téléphone :

Vignette de mutuelle :

N° carte SIS :

Hôpital de préférence :

Conviction religieuse :

Pratiquante : oui – non

Personnes de contact (par ordre de priorité)

	<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>	<i>GSM</i>	<i>Lien de parenté</i>
1						
2						
3						
4						

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Destiné à l'ASBL « **Accueil & Solidarité** », Les Centres d'Accueil de Bouge

Concerne Nom et prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :

Vignette de mutuelle :

1. Synthèse Médicale

Pathologie(s) Principale(s)

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

Allergies

↳ Médicamenteuse :

↳ Alimentaire :

Infection à l'entrée

↳ Suspectée :

↳ Chronique :

Vaccination antitétanique : OUI – NON

↳ Si OUI, date :

Traitement d'urgence éventuel :

.....

Voir verso

2. Motif d'admission

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

3. Principaux antécédents

Médicaux :
.....
.....

Chirurgicaux :
.....
.....

Psychiatriques :
.....
.....
.....

4. Hospitalisations et examens récents

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

5. Traitement à l'entrée et régime particulier

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

Voir verso

Médicaments	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

6. **Taille et poids** Cm Kg

7. **Paramètres neurologiques**

- Conscience :
- Orientation :
- Gnosie :
- Vue :
- Audition :
- Sensibilité :
- Langage :
- Motricité et marche :
- Epilepsie :
- Psychisme :

8. **Escarres** (localisation et stade)

.....

9. **Contenance**

Urinaire : Fécale :

10. Sonde

↳ Entérale :

↳ Urinaire :

Date et dimension du dernier placement :

.....

12. Traitement autres que médicamenteux (kiné, physio, ...)

.....

.....

13. Tout autre renseignement pouvant être utile

.....

.....

.....

.....

14. Notre avis sur la possibilité ou l'opportunité d'une revalidation

.....

.....

.....

15. Non contagion

Je soussigné,, Docteur en médecine, certifie que
Mme / Mr, est exempt(e) de maladie
contagieuse.

Rédigé par le docteur : NOM + Cachet :

Adresse :

.....

Téléphone :

Date :

Signature :

Echelle de KATZ

Nom :	Prénom :
-------------	----------------

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
SE LAVER		peut complètement se laver sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au -dessus qu'au dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER.		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou sous la ceinture (sans tenir comptes 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 se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire mécanique, ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaires mécaniques (béquilles, chaise roulante,...)	a absolument besoin de l'aide d'un 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
AIDE A LA TOILETTE		Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'aide pour un des 3 items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.	a besoin de l'aide pour 2 des 3 items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.	Doit être entièrement aidé pour les 3 items : se déplacer, s'habiller, s'essuyer.
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction)	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		peut manger et 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 et boire
CRITERE	SCORE	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



A compléter impérativement afin de valider l'inscription



CRITERE	Score	1	2	3	4
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalemment désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalemment désorienté ou impossible à évaluer
ETAT DE LA PERSONNE		EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES			
					Scores
1. DIFFTICUL TES D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes.		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		
2. DERANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant.		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		
3. PERTE DE NOTION DE BIENSEANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, unier en dehors des commodités, cracher, ...		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		
4. COMPORTEMENT AGITE Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto-agressif et/ou agité psycho-moteur (déambulation, fugue, ...)		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		
5. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement: habits, mobilier, périodiques ... et/ou agressif à l'égard d'autrui.		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit.		1 2 3 4 5	Jamais de temps en temps, rarement presque chaque jour continuellement, toujours impossible à évaluer		

ACCUEIL ET SOLIDARITE asbl - LES CENTRES D'ACCUEIL DE BOUGE

Rue Saint-Luc, 10 - 5004 BOUGE

N° Général : 081 / 21.97.11 Fax : 081 / 21.97.77 E-mail : cabouge@c-a-b.be

N° Service social : 081 / 21.97.12 – N° Service administratif : 081 / 21.97.08

Les prix d'hébergement pratiqués aux Centres d'Accueil de Bouge à partir du **1/01/2017**

1. Prix de base

Chambre à 1 lit	44.64 € / jour
Chambre à 2 lits	38.74 € / jour

2. Réductions

Pour les mutuellistes chrétiens de Namur, une réduction de 3% est appliquée sur le prix de base.

Chambre à 1 lit	43.30 € / jour
Chambre à 2 lits	37.58 € / jour