

Bouge, le

Madame, Monsieur,

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

Voici, comme vous le souhaitez, 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 entièrement 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 ou social-mrpa@cab.acsol.be si vous avez besoin d'informations complémentaires du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00.

Veuillez croire, Madame, Monsieur en nos salutations distinguées.

Le Service Social

Tel : 081 / 219 712

Fax : 081 / 219 777

E-mail : social-mrpa@cab.acsol.be

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

Fiche signalétique

Nom :

Prénom :

Surnom :

Sexe : F - H

Date et lieu de naissance :

Etat civil :

Nationalité :

N° carte d'identité + Date de validité de la carte :

Numéro carte bancaire IBAN : BE

Adresse du domicile :

Téléphone :

Médecin traitant :

Accepte-t-il de venir aux CAB : Oui / Non

Vignette de mutuelle : + **Veillez venir avec quelques vignettes.**

Hôpital de préférence :

Conviction religieuse :

Pratiquante : Oui – Non

Personnes de contact (par ordre de priorité) + **Numéro NISS de la personne qui signera la convention**

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

Habitudes de vie - A compléter par la famille et ou le résident

NOM + PRENOM :

Surnom :

Date et lieu de naissance :

Age :

Pathologie :

Profession exercée :

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

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 – Finger Food

Aliment(s) apprécié(s) :

Aliment(s) non apprécié(s) :

Allergie(s) alimentaire(s) :

Sans Lactose : Oui – Non

Sans gluten : Oui – Non

Végétarien : Oui – Non

Autonomie pour les repas :

Autonomie totale

Aide Partielle (précisez :)

Aide Totale (précisez :)

Aide(s) technique(s) : Rebord d'assiette – Couvert manchon – Goblet spécifique

Remarque(s) sur les habitudes alimentaires (ex : placement à table, préférences ...) :

Les soins d'hygiène

Prothèse dentaire : Oui – Non

Lunettes : Oui – Non

Prothèse auditive : Oui – Non

Oxygène : Oui – non

Chaise percée – Réhausseur sur WC – Panne

Autonome pour la toilette : Oui – Non **Prise en charge toilette : Au lit - Au lavabo**

Mme/Mr préfère : Bain – Douche

Prise en charge lors de l’habillage :

Marquez-vous votre accord pour qu’on commande des produits d’hygiène à la pharmacie en cas de besoin ? Oui - Non

Souhaitez-vous un passage de la coiffeuse et / ou de la pédicure en cas de besoin ? Si oui, à quelle fréquence ?

Incontinence : Oui – Non / Jour – Nuit **Type de protection :**

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

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

Au coucher

Sieste : Oui – Non / 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 heures et de se coucher vers heures.

Les Activités appréciées / Loisirs :

Il n’y a pas d’activité de prévue en court séjour. Lorsque des activités sont prévues en maison de repos, ils pourront également en bénéficier.

En groupe - Individuelle

Jardinage : Oui – Non

Activité motrice : Marche – Pétange – Gym collective – Promenade dans le parc – Activité ballon - Cerceaux – Hockey-Golf - **Chants – Activités musicales : Oui - Non**

Télévision : Oui – Non **Emissions favorites :**

Jeux de cartes : Batailles – Belote – Couillon – Crapette – Rami – Le valet de pique -

Jeux de sociétés appréciés :

Activités manuelles : Bricolage – Peinture – Découpage / Collage – Tricot / Crochet / Couture

Activités ménagères : Cuisine – Ménage – Vaisselle – Rangement –

Activités cognitives : Jeux de mémoire – Culture générale – Logique et réflexions – Mots fléchés – Mots croisés – Mots cachés -

Bien-être : Manucure – Massage – Snoezelen – Relaxation

VOIR VERSO – PARTIE MEDICAL

A compléter par le médecin traitant

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 :.....

.....

2. Motif d'admission

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

3. Principaux antécédents

Médicaux :

.....
.....

Chirurgicaux :

.....
.....

Psychiatriques :

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

4. Hospitalisations et examens récents

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

5. Traitement à l'entrée et régime particulier

.....
.....

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

VOIR VERSO POUR SUITE DU DOSSIER

Médicaments	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

→ En court séjour, n’hésitez pas à venir avec vos médicaments dans leurs boîtes d’origine.

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. **Continence**

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 :

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 : social-mrpa@cab.acsol.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 **01/07/2024**

1. Prix de base

Chambre standard individuelle	57.55 € / jour
Chambre standard double	50.14 € / jour
Chambre « tout confort » individuelle*	62.37 € / jour
Chambre « tout confort » double*	54.16 € / jour

i

*Chambres individuelles et doublesⁱ : Sanitaire douche, TV, téléphone, Wifi et frigo

