

ANNEXE 3B : FORMULAIRE DE DEMANDE EN DIVISION B

Ce formulaire comprend trois pages : la première est destinée aux assurances, la deuxième et la troisième aux soins infirmiers.

PATIENT, E

Nom :

Adresse :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Sexe : F M

Cas maladie Cas accident

Déclaration remplie : Oui Non

Personne de contact Nom :

Téléphone :

ASSURANCE

Nom :

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Division : Commune

Nom :

Division : Demi-Privée Privée

Demande de surclassement en ch. privée : Oui Non

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

COMORBIDITÉS PERTINENTES POUR CETTE DEMANDE

BUT DU SÉJOUR

Réadaptation cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>
Réadaptation orthopédique et rhumatologique	<input type="checkbox"/>
Réadaptation neurologique	<input type="checkbox"/>
Réadaptation médecine interne générale / Oncologie	<input type="checkbox"/>
Réadaptation gériatrie	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Troubles cognitifs (mémoire) Oui Non
Si oui, préciser :

Troubles de l'humeur ? Oui Non
Si oui, préciser :

NIVEAU ACTUEL DE DÉPENDANCE

	Seul	Aide partielle	Aide
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert hors lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux w.c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTRÉE SOUHAITÉE DÈS LE :

**HÔPITAL/CLINIQUE/MÉDECIN/SERVICE ENVOYEUR
PERSONNE DE CONTACT**

NOM, PRÉNOM

PARTIE A SITUATION À DOMICILE Seul Famille (F) CMS EMSAidé par la famille Oui Non

OSAD / CMS de

Finance	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Ménage	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Lessive	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Commissions	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Contrôle Santé SaS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toilette	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Habillage	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Médicaments	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Repas	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CMS	Sécutel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Curatelle Oui Non Démarches débutées Oui Non Personne référente :

Potentiel de réadaptation, objectif de la réadaptation

 EMS RAD avec aide proche RAD avec aide CMS RAD seulPatient/représentant thérapeutique adhère au projet : Oui Non

Handicap préexistant Marche avec aide technique Fauteuil roulant
 Handicap psychiatrique Handicap visuel/auditif Troubles cognitifs préexistants

PARTIE B SITUATION ACTUELLE

Risque suicidaire évalué par Psychiatre Faible Modéré Élevé Ne s'applique pas
 Risque de fugue Oui Non Ne s'applique pas
 Risque d'agressivité Faible Modéré Élevé Ne s'applique pas
 Mesures de contraintes Contention Système anti-errance Sécuritas Ne s'applique pas
 Mesures additionnelles (isolement) Contact Gouttelettes Protecteur Ne s'applique pas

Toilette Complète Autonome PartielleÉlimination Continent Incontinent : urine x Selles SV/Suspub Protections

Mobilisation **Chutes pendant séjour** Oui Non Non connus
Endurance en Fauteuil roulant Heures/j.
Transferts Seul Avec assistance 2 personnes ou lève malade
Station debout Seul Avec assistance Sous surveillance Impossible
Marche Seul Avec assistance Sous surveillance Impossible
Membre sup. Mouvement fonctionnel Mouvement avec assistance Plégie
Membre inf. Mouvement fonctionnel Mouvement avec assistance Plégie

État cutané **Braden :**
Matelas Normal Thérapeutique (Air)
Pansements/Escarres Escarre stade Localisation
 VAC Plaie Trachéo Autre

Alimentation **Kondrup** Autonome Aide requise Surveillance requise Dépendant
 Régime particulier Oui Non Si oui, préciser :
 Déglutition SNG PEG Liquide avec épaississant Repas haché/mixé Repas normal

Respiration Normale O2l/ min. CPAP/BiPAP

Fonctions cognitives cf. rapport neuropsych Rapport
 Langage Normale Aphasie globale
 Comprend ordres simples Communique besoins simples
 Comprend ordre semi-complexe Communique besoins semi-complexe
 Autres Héminégligence Apraxie Agnosie visuelle Désorientation E/T Troubles du comportement

NOM, PRÉNOM**EXAMENS / INTERVENTIONS PLANIFIÉES / TRAITEMENTS**

	<input type="checkbox"/> Prioritaire <input type="checkbox"/> À programmer
	<input type="checkbox"/> Prioritaire <input type="checkbox"/> À programmer
	<input type="checkbox"/> Prioritaire <input type="checkbox"/> À programmer

CONTEXTE DE FAMILLE**REMARQUES, PARTICULARITÉS : PROTOCOLES DE PST, MATÉRIELS, SITUATIONS PARTICULIÈRES...****AUTRES COMMENTAIRES**