

Agrément MRPA/MRS 157.081.739
Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai
069/668700 - 069/668711
info@vertefeuille.be

Dossier d'inscription centre de Court séjour

Le service résidentiel de court séjour est une unité fonctionnelle de 15 lits.

Destinée à des personnes âgées de plus de 60 ans, cette structure permet de les accueillir pour un séjour temporaire. La finalité principale du court séjour est de permettre à la personne âgée de rester le plus longtemps possible à domicile, en lui offrant un accueil provisoire dans diverses circonstances:

- Offrir une "parenthèse" dans la vie de la personne et lui permettre, le temps de son séjour, de prendre du recul, de réfléchir à son devenir et ceci en toute sécurité et en toute sérénité.
- Permettre une convalescence après un épisode aigu à domicile ou en hôpital.
- Accueillir la personne pendant les travaux d'aménagement ou d'amélioration de son habitation.
- Accueillir la personne pendant l'hospitalisation du conjoint.
- Permettre l'accueil des personnes âgées vivant habituellement à domicile mais dont l'accompagnant est momentanément indisponible (maladie, accident, vacances ou épuisement).
- **Ce séjour est provisoire! Il ne destine en rien la personne à un placement définitif.**

Le prix en court séjour s'élève à : 55,20 euros jour (à partir du 01/01/2023).

Ce prix comprend :

Le logement, l'eau, le chauffage, l'électricité.
Les repas.
L'entretien quotidien des locaux, l'entretien des literies.
Les loisirs organisés dans l'enceinte de l'établissement.
Les soins infirmiers (toilettes, piqûres, pansements) et le matériel de soins.
Le matériel d'incontinence.
Le frigo, la télévision, les bouteilles d'eau plate.

Certains frais sont à votre charge :

Les honoraires médicaux, les soins de kiné, les fournitures pharmaceutiques.
Les prestations de coiffures, pédicures, manucures.
Les produits de toilette.
La lessive du linge personnel.

Un test PCR négatif de maximum 48 heures est exigé lors de l'entrée.

Un acompte de 250 € est exigé lors de la réservation :

ASBL VERTEFEUILLE : BE 91 795560 785176

La durée du séjour :

La durée par séjour est de 14 jours minimum. Toute demande de prolongation d'un séjour devra être notifiée obligatoirement par écrit et sera accordée selon les disponibilités.

L'entrée se fera entre 14 heures et 16 heures.

Le départ se fera après 14 heures.

Personne de contact : Madame Rifki M. 069/668.718 m.rifki@vertefeuille.be

Fiche de renseignements

Période souhaitée : au

1. Identification

Nom et prénom du futur résident :

Adresse :

N° de registre national :

2. Personne(s) responsable(s) répondant(s)

Nom du responsable de la demande de court-séjour :

Lien de parenté :

Adresse :

N° téléphone privé :

N° téléphone professionnel :

Adresse mail :

3. Situation actuelle de la personne

Habite seul(e) à la maison

Habite chez un membre de sa famille

Lequel ?

Coordonnées :

.....

.....

Séjourne à l'hôpital

Lequel ?

Service :

Une assistante sociale est-elle en charge du dossier ? oui - non

Si oui, coordonnées :

.....

Avez-vous déjà séjourné durant l'année dans un centre de court séjour ?

Si oui, lequel : Nom..... Adresse :

Pendant combien de temps ? : Période de à

4. Nom du médecin traitant :

.....

Tél:

G.S.M. :

Vignette de mutuelle

⇒ *Lors de toute entrée en court séjour, le passage du Médecin Traitant est obligatoire afin de constituer le dossier médical.*

5. Souhaitez-vous faire une inscription sur la liste d'attente de la Maison de repos : oui non

A faire compléter par le médecin traitant ou par le service hospitalier

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 :
l'institution :

Numéro INAMI de

NOM Prénom : Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	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	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément 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 D est demandée ⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽¹⁾

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 ⁽¹⁾	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.

Agrément MRPA/MRS 157.081.739
Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai
069/668700 □ 069/668711
info@vertefeuille.be

Tournai, le

Je soussigné, Docteur en médecine,

Affirme que M.....

N'est pas atteint(e) de maladie contagieuse et transmissible et est négatif au test COVID 19.

Cachet

Signature

Agrément MRPA/MRS 157.081.739
Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai
069/668700 □ 069/668711
info@vertefeuille.be

Anamnèse Infirmière Court Séjour

Nom : _____ **Prénom :** _____
Chambre : _____ **Durée de séjour :** _____
Date d'entrée : _____

CONTINENCE :

Elimination Urinaire	Continent <input type="radio"/>	Incontinent accidentelle <input type="radio"/>	Incontinence totale <input type="radio"/>
	Sonde à demeure <input type="radio"/>	Cystocath <input type="radio"/>	
Elimination Fécale	Continent <input type="radio"/>	Incontinent accidentelle <input type="radio"/>	Incontinence totale <input type="radio"/>
			Stomie <input type="radio"/>
Problème de Constipation	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>
Protection	Diurne <input type="radio"/>	type de protection :	
	Nocturne <input type="radio"/>	type de protection :	
Matériel à prévoir en chambre	Chaise percée <input type="radio"/>	Urinal <input type="radio"/>	Panne <input type="radio"/>
			Pot recueil d'urine <input type="radio"/>

NURSING :

Toilette	Autonome <input type="radio"/>	Aide partielle <input type="radio"/>	Aide complète <input type="radio"/>	Stimulation <input type="radio"/>
Douche	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>	
Habillage	Autonome <input type="radio"/>	Aide partielle <input type="radio"/>	Aide complète <input type="radio"/>	Stimulation <input type="radio"/>
Bas/bandes de contention	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>	
Prothèses dentaires	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>	
Prothèses auditives	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>	
Lunettes	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>	

MOBILISATION :

Déplacement	Autonome <input type="radio"/>	Aide partielle <input type="radio"/>	Aide complète <input type="radio"/>
Matériel utilisé pour le déplacement et transfert	Tribune <input type="radio"/>	Canne <input type="radio"/>	Chaise roulante <input type="radio"/>
			Lève-malade <input type="radio"/>
	Tapis de glisse <input type="radio"/>		
La personne nécessite-t-elle une contention ?	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>
Moyen de contention	Tablette <input type="radio"/>	Barrières de lit <input type="radio"/>	Ceinture <input type="radio"/>
			Housse <input type="radio"/>
Intervention de kinésithérapie	Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>
	Intervention du Kinésithérapeute personnel : Oui <input type="radio"/>		Non <input type="radio"/>

ALIMENTATION :

Régime Alimentaire	Diabétique <input type="checkbox"/> Sans-sel <input type="checkbox"/> Sans graisse <input type="checkbox"/> Sans-résidu <input type="checkbox"/> Sans Gluten <input type="checkbox"/>
Allergie Alimentaire	
Texture	Entier <input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Moulu <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/>
Aide matériel à la prise des repas	Couverts adaptés <input type="checkbox"/> Assiette à butée <input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/>
Autonomie	Sans aide <input type="checkbox"/> Aide au préalable <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>
Risque de fausse déglutition	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Epaississant (Nutilis) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Complément alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Alcool autorisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

SOINS :

Présence de plaies	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Type : aigüe <input type="checkbox"/> chronique <input type="checkbox"/> chirurgicale <input type="checkbox"/>
Traitement	Commande : par les proches <input type="checkbox"/> par l'institution <input type="checkbox"/> (mandat à signer) Préparation : par le résident <input type="checkbox"/> par un proche <input type="checkbox"/> par le personnel <input type="checkbox"/>
Allergies médicamenteuses	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Médicaments :
Vaccination COVID	Vaccination : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> date des 2 dernières injections :
Vaccination Grippe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- Veuillez-vous munir de la médication nécessaire pour le jour de l'entrée, les autorisations des médicaments délivrés sur base de cette autorisation, tous les effets personnels de nursing....
- L'entrée du résident doit se faire entre 14h00 et 16h00, afin de faciliter une prise en charge optimale du résident par l'équipe soignante.
- En cas de kinésithérapie à domicile et si le professionnel n'intervient pas dans l'institution, une prescription médicale de kinésithérapie devra être fournie.
- Lors de l'entrée au cout-séjour, le passage du médecin traitant est obligatoire afin de constituer le dossier médical.

AUTRES SERVICES :

Coiffeuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pédicure	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Linge	Prise en charge par la famille <input type="checkbox"/> Prise en charge institution <input type="checkbox"/> (sous condition d'un mois minimum de séjour)

