

**La Vertefeuille A.S.B.L.**  
**Maison de repos - Maison de repos et de soins**  
Agrément MRPA/MRS 157.081.739  
Chaussée de Renaix, 194 - 7500 Tournai  
☐ 069/668700 ☐ 069/668711  
[info@vertefeuille.be](mailto:info@vertefeuille.be)

Tournai, date de la poste

Madame,  
Monsieur,

J'accuse bonne réception de votre demande d'information relative à notre Maison de Repos, et vous remercie de l'intérêt que vous manifestez à l'égard de notre institution.

Notre institution privilégie, en effet, l'hébergement des personnes âgées dont le degré de dépendance, tant physique, dans les actes de la vie journalière est important.

Dans l'éventualité où vous souhaiteriez poursuivre les démarches en vue d'une admission dans notre institution, auriez-vous l'amabilité de bien vouloir nous faire parvenir par retour de courrier les documents ci-joints, dûment complétés. Ces documents nous sont absolument indispensables afin de prendre en considération votre demande d'admission et de pouvoir ainsi l'intégrer dans la liste d'attente de notre institution.

D'autre part, toute personne de nationalité étrangère séjournant dans une institution située sur le territoire belge doit **obligatoirement** être inscrite auprès d'une mutualité belge. Les démarches doivent donc être effectuées en vue de transférer l'ensemble des droits et devoirs de la personne intéressée de la caisse d'assurance maladie vers une mutualité belge. En ce qui nous concerne, la mutualité belge de référence est la Fédération des Mutualités Chrétiennes Hainaut Picardie (129), Rue St-Brice, 44 à 7500 Tournai (Tél. :069/25.62.11). Les démarches décrites dans le présent paragraphe doivent être effectuées par la personne concernée, ou la personne qui en est responsable.

**Le prix d'une chambre s'élève à 53,20 euros par jour (à partir du 01/01/2023).**  
**Ce prix comprend** : le logement, l'eau, le chauffage, l'électricité, la télévision et l'abonnement numérique, les repas, l'entretien des locaux, des literies, les loisirs organisés dans l'enceinte de l'établissement, les soins infirmiers (toilettes, piqûres, pansements) et le matériel de soins et d'incontinence, les bouteilles d'eau plate.  
**Sont à votre charge** : les honoraires médicaux, soins de kiné, fournitures pharmaceutiques, prestations de coiffures, pédicures, manucures, produits de toilette, lessive du linge personnel.

Je me tiens bien évidemment à votre entière disposition pour tout complément d'information que vous jugeriez utile, à cette fin, il vous est loisible de me contacter directement en journée de 9h00 à 16h00 au **069/66.87.01**.

Certain de toute la bonne attention que vous accorderez à la présente et à son annexe, et dans l'attente de vous lire prochainement, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Frédéric DESPLECHIN  
Responsable gestion des Résidents

**La Vertefeuille A.S.B.L.**  
**Maison de repos - Maison de repos et de soins**  
Agrément MRPA/MRS 157.081.739  
Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai  
☐ 069/668700 ☐ 069/668711  
[info@vertefeuille.be](mailto:info@vertefeuille.be)

**Fiche inscription en Maison de Repos et de Soins**

**Date :** .....

**RENSEIGNEMENTS DU FUTUR RESIDENT :**

**Nom et prénom :** .....

**Adresse:** .....

**Date de naissance :** .....

**ETAT PHYSIQUE ET MENTAL**

.....  
.....

**MUTUELLE :** veuillez coller une vignette

**ADRESSE DE PROVENANCE (domicile, hôpital, court –séjour,...)**

**Dénomination :** .....

**Adresse :** .....

**N° de Téléphone :** .....

**Service :** ..... **N° de Chambre :** .....

**Personne à contacter :** .....

**RENSEIGNEMENTS DU REpondant (personne de référence) :**

**Nom et prénom :** .....

**Adresse :** .....

**N° de téléphone :** .....

**Adresse mail :** .....

**MEDECIN TRAITANT :**

**Nom et prénom :** .....

**La Vertefeuille A.S.B.L.**  
**Maison de repos - Maison de repos et de soins**  
Agrément MRPA/MRS 157.081.739  
Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai  
☐ 069/668700 ☐ 069/668711  
[info@vertefeuille.be](mailto:info@vertefeuille.be)

**Renseignements préalables à l'entrée (à compléter par le médecin traitant)**

**Veillez coller une vignette :**

**Concerne :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Mutuelle : .....

Est actuellement hospitalisé : Oui- Non

**Si oui** : nom de l'institution hospitalière : .....

Depuis le : .....



**La Vertefeuille A.S.B.L.**

**Maison de repos - Maison de repos et de soins**

Agrément MRPA/MRS 157.081.739

Chaussée de Renaix, 194 7500 Tournai

☐ 069/668700 ☐ 069/668711

[info@vertefeuille.be](mailto:info@vertefeuille.be)

Tournai, le .....

Je soussigné, Docteur en médecine, .....

Affirme que M.....

N'est pas atteint(e) de maladie contagieuse et transmissible.

Cachet

Signature

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

Identification du bénéficiaire

NOM –Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

N°d'inscription OA : .....

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	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 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 DEPLACEMENT		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 de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/ chaise percée 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 et boire

TEMPS		Pas de problème	De temps en temps, Rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - **La catégorie 0 Catégorie A Catégorie C Catégorie Cdément est demandée<sup>1</sup>**

- **Un accueil en centre de soins de jour est demandé<sup>1</sup>**

**Le praticien de l'art infirmier**  
(nom, date et signature)

**ou le médecin- traitant**  
(nom, date et signature)

<sup>1</sup> Biffer la mention inutile.