

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 70 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 : 62.51 euros jour (à partir du 01/05/2025).

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 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 sera accordée selon les disponibilités.

L'entrée se fera entre 14h 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. Merci de fournir une copie recto-verso de la carte d'identité.

6. 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.

Cachet

Signature

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

Anamnèse d'entrée

INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Lieu de vie :

Ancienne profession :

Composition de famille :

Motif d'entrée :

Pathologies actuelles :

Le résident adhère-t-il à son entrée en court-séjour ?

en maison de repos ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

ALIMENTATION :

Alimentation	Sans restriction <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans-sel <input type="checkbox"/> Sans graisse <input type="checkbox"/> Sans-résidu <input type="checkbox"/> Sans Gluten <input type="checkbox"/> Sans lactose <input type="checkbox"/>
Allergie Alimentaire :	
Texture	Entier <input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Moulu <input type="checkbox"/> Semi-liquide/texture lisse <input type="checkbox"/>
Prise des repas	Autonome <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Aides techniques <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>
Appareillage	Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/>
Aide technique	Couverts adaptés <input type="checkbox"/> Assiette à rebord <input type="checkbox"/> Verre adapté <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/>
Latéralité	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Ambidextre <input type="checkbox"/>
Risque de fausse déglutition	Non <input type="checkbox"/> Oui : Sur les solides <input type="checkbox"/> Sur les liquides <input type="checkbox"/> Epaississant (Nutilis) <input type="checkbox"/> Suivi logopédique <input type="checkbox"/>
Complément alimentaire	Non <input type="checkbox"/> Oui : Crème <input type="checkbox"/> Boisson <input type="checkbox"/> Goût : Commandes : Famille <input type="checkbox"/> Vertefeuille <input type="checkbox"/>
Alcool autorisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Restriction :verres/jour <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

MOBILISATION :

Déplacement	Seul <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Tribune <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> F.roulant <input type="checkbox"/>
Manutention	Lève-personne <input type="checkbox"/> Tapis de glisse <input type="checkbox"/> Matelas alternating <input type="checkbox"/> Perroquet <input type="checkbox"/>
Risque de chutes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nécessité de contention ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Moyen de contention	Tablette <input type="checkbox"/> Barrières de lit <input type="checkbox"/> Ceinture <input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	Prescription kiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nécessité <input type="checkbox"/> En court-séjour, intervention du kiné personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

NURSING :

Toilette	Autonome <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide complète <input type="checkbox"/>
Douche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Habillage	Autonome <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide complète <input type="checkbox"/>
Bas/bandes de contention	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	Supérieur <input type="checkbox"/> Inférieur <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

COMMUNICATION :

Vision	Lunettes <input type="checkbox"/> Troubles visuels <input type="checkbox"/> Malvoyance <input type="checkbox"/>
Audition	Troubles auditifs : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Surdité : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Appareils auditifs : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
Troubles de l'élocution	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Suivi logopédique <input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Capacité de lecture	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Capacité d'écriture	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

CONTINENCE :

Elimination Urinaire	Continence <input type="checkbox"/> Incontinence accidentelle <input type="checkbox"/> Incontinence totale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Cystocath <input type="checkbox"/>
Elimination Fécale	Continence <input type="checkbox"/> Incontinence accidentelle <input type="checkbox"/> Incontinence totale <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/>
Problème de Constipation	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Protection	Diurne <input type="checkbox"/> Type de protection : Nocturne <input type="checkbox"/> Type de protection :
Matériel à prévoir en chambre	Chaise percée <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Panne <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

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 (mandat à signer) <input type="checkbox"/>
Prise des médicaments	Seul <input type="checkbox"/> Avec surveillance <input type="checkbox"/> En bouche <input type="checkbox"/> Ecras�s <input type="checkbox"/>
Allergies médicamenteuses	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Médicament(s):
Pacemaker	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Statut palliatif (attestation du médecin)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Connu du patient <input type="checkbox"/>
Autres infos utiles :	

AUTRES SERVICES FACTURES PROPOSES PAR LA VERTEFEUILLE :

Coiffeuse	Oui O	Non O
Pédicure	Oui O	Non O
Linge	Prise en charge par la famille O Prise en charge par l'institution O (<i>sous condition d'un mois minimum en court-séjour</i>)	

HABITUDES DE VIE

Sommeil	Habitudes à connaître (lever, coucher...) : Sieste O
Centres d'intérêt	Activités appréciées :
Autres infos utiles :	

- **Veillez vous munir de la médication nécessaire pour le jour de l'entrée ainsi que de la liste des médicaments (noms, posologie...).** Tous les effets personnels de soins (savon, serviettes de bain,...) sont également à prévoir.
- L'entrée du résident doit se faire entre **14h30 et 16h00** pour le court-séjour ou la maison de repos.
- Pour toute entrée, le passage du médecin traitant est obligatoire afin de constituer le dossier médical.
- Pour un court-séjour, si le kinésithérapeute qui intervient à domicile ne poursuit pas le traitement lors du séjour, une nouvelle prescription médicale de kinésithérapie devra être fournie afin d'assurer la prise en charge.

Anamnèse complétée par :

Fait le

Signature :

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce document, n'hésitez pas à vous tourner vers votre médecin traitant, votre infirmier(e) à domicile ou vers l'accueil de la maison de repos qui vous mettra en contact avec un membre du personnel.

