

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

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 (134), 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 62.51 euros par jour (à partir du 01/05/2025).

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

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 :

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

Identification du bénéficiaire

NOM –Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 N° d'inscription OA :

Échelle 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 B Catégorie C Catégorie Cdément est demandée¹**

- **Un accueil en centre de soins de jour est demandé¹**

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

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

¹ Biffer la mention inutile.

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 O Stimulation O Aide partielle O Aide complète O
Douche	Oui O Non O
Habillage	Autonome O Stimulation O Aide partielle O Aide complète O
Bas/bandes de contention	Oui O Non O
Prothèses dentaires	Supérieur O Inférieur O
Autres infos utiles :	

COMMUNICATION :

Vision	Lunettes O Troubles visuels O Malvoyance O
Audition	Troubles auditifs : Gauche O Droite O Surdité : Gauche O Droite O Appareils auditifs : Gauche O Droite O
Troubles de l'élocution	Non O Oui O Suivi logopédique O
Troubles cognitifs	Non O Oui O
Capacité de lecture	Non O Oui O
Capacité d'écriture	Non O Oui O
Autres infos utiles :	

CONTINENCE :

Elimination Urinaire	Continence O Incontinence accidentelle O Incontinence totale O Sonde à demeure O Cystocath O
Elimination Fécale	Continence O Incontinence accidentelle O Incontinence totale O Stomie O
Problème de Constipation	Non O Oui O
Protection	Diurne O Type de protection : Nocturne O Type de protection :
Matériel à prévoir en chambre	Chaise percée O Urinal O Panne O
Autres infos utiles :	

SOINS :

Présence de plaies	Non O Oui O Type : Aigüe O Chronique O Chirurgicale O
Traitement	Commande : Par les proches O Par l'institution (mandat à signer) O
Prise des médicaments	Seul O Avec surveillance O En bouche O Ecras�s O
Allergies médicamenteuses	Non O Oui O Intolérance O Médicament(s):
Pacemaker	Non O Oui O
Statut palliatif (attestation du médecin)	Non O Oui O En cours O Connu du patient O
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.