

**CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE**  
**L'ARBRE DE VIE**  
**MAISON DE REPOS ET DE SOINS**  
76, Rue de Pâturages  
7390 QUAREGNON  
☎ 065/956.600 ☎ 065/956.548

## Dossier Médical

Concerne :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ...

Adresse: ..... N° .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Date d'hospitalisation : ...../...../.....

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie que le (la) précité (e) :

.....

Est-n'est pas – atteint(e) de maladie contagieuse :

.....

.

Cachet et signature  
Du Médecin

Antécédents chirurgicaux et médicaux :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Affections actuelles : (à préciser aussi complètement que possible)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
7. Le patient est –n'est pas –atteint de maladies contagieuses

Examens cliniques : (Joindre les protocoles d'examens effectués)

Examen cardiaque :

E.C.G

Examen pulmonaire :

Rx thorax :

Examen abdominal :

Examen neurologique :

Examen urologique :

Examen Gynécologique :

Examen dermatologique :

Autres examens complémentaires :

Radio(s) –Scanner-RMN-Prise de sang :

Allergie et contre-indications éventuelles :

1.

2.

Régime alimentaire :

<u>Régime :</u>	ordinaire	/	diabétique
	hypercalorique	/	sans sel
	hypocalorique	/	hépatique
	hyperprotéiné	/	gastrique
	hyperprotéiné	/	autre(s)

Gavage : OUI/NON

Escarres : OUI/NON

Localisation :

Degré :

Traitement actuel :

Elimination : Incontinence : OUI/NON

- urinaire (diurne/nocturne)
- fécale
- sonde vésicale
- stomie

## Hygiène :

Toilette : - autonome :

- aide partielle :

- aide complète :

## Communication :

- Le patient est-il désorienté ? OUI/NON
- Le patient est-il conscient ? OUI/NON
- Le patient est-il lucide ? OUI/NON
- Le patient est-il confus ? OUI/NON
- Le patient est-il agité ? OUI/NON
- Le patient est –il agressif ? OUI/NON

## Sécurité :

- Le patient a-t-il besoin de mesure de protection
  - Liens
  - Barreau de lit

## Echange verbal :

- Bon
- Satisfaisant
- Médiocre
- Aphasie
- Surdité

## Confort/Mobilisation :

Le patient est –il autonome ? OUI/NON

Le patient est –il dépendant ? OUI/NON

tribune/canne/tierce personne

lit-fauteuil/lit/ autres

Traitement médicamenteux :

OUI/NON

(Si OUI, voir feuille annexe)

Traitement de Kinésithérapie :

OUI/ NON

( Si OUI, voir feuille annexe)

Document rempli le :...../...../.....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

# Raisons de l'entrée en M.R.S

## Déclaration obligatoire !!!!

Le patient de plus de 60 ans, est en

- Maladie chronique
- Personne seule et état de dépendance
- Le traitement réactivant est inefficace
- Toutes les ressources ont été épuisées

- Biffer la mention inutile, si nécessaire.

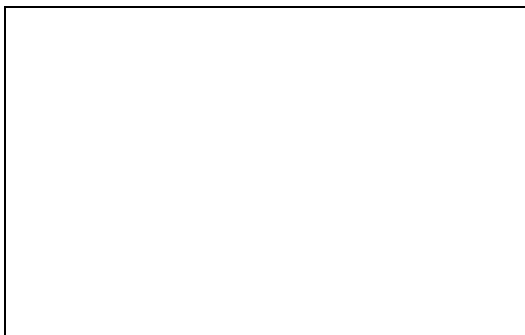
Selon avis médico-social, ambulatoire ou hospitalier,

La personne est dans « **L'impossibilité de maintien à domicile** »

Médico : Médecin traitant, Médecin interniste...

Social : Infirmière, assistante social, kiné, famille....

Cachet du médecin traitant



Signature du médecin traitant

**ECHELLE D'EVALUATION ET RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE  
INSTITUTION DE SOINS**

**Identification du bénéficiaire :**

**Numéro INAMI de l'institution**

Nom –prénom : .....

Numéro national : .....

**Echelle** (ne compléter que la colonne nouveau score en cas de première évaluation)

Critère	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 déplacements			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	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 à 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 incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction)	Est incontinent pour les urines ou 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
Temps			Pas de problème	De temps en temps rarement des problèmes	Des difficultés presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
Espace			Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des difficultés presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci –dessus :

**Raisons qui justifient le changement de catégorie** (uniquement en cas d'aggravation)

Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier

Nom et Numéro Inami ou cachet de médecin : (1) Nom de l'infirmier(ère) responsable	Date...../...../.....	Signature
---	-----------------------	-----------