

DOSSIER INSCRIPTION MR-MRS SAINT-CHARLES

Date inscription :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Domicile actuel :

.....

Etat civil :

Enfants :

Profession antérieure :

Nom de la mutuelle :

Coller une vignette mutuelle

Nom du médecin traitant à domicile :

Nom du dentiste habituel :

Nom du kinésithérapeute :

Nom de la pédicure :

Nom du médecin traitant dans l'institution :

Hôpital souhaité :

Admission : urgente – programmée – souhaitée – non désirée – acceptée

Motif d'admission / venant de (domicile – institution – hôpital):

.....

Intervenants :

Lien de parenté :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Lien de parenté :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Lien de parenté :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Lien de parenté :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Numéro de carte d'identité de la personne inscrite :

Date création de la carte d'identité :

Date d'expiration de la carte d'identité :

À FOURNIR :

- **Vignettes de mutuelle**
- **Carte d'identité**
- **Échelle de Katz (voir dossier médical)**
- **Prescription médicaments traitement**
- **Autorisation de remboursement pour spécialité pharmaceutique**
- **Dossier médical**
- **Nominettes cousues sur linge résident**

TARIFS

Chambre seule : 58,65€/jour

Chambre à deux : 56,70€/jour

Chambre individuelle 19 mètres carrés : 64€/jour

Chambre couple : 108€/jour

Chambre 20 à 25 mètres carrés avec salle de bain individuelle : 66,60€/jour

Couture de 100 nominettes : 150€

Ces tarifs prennent en compte le service Buanderie.

Ces tarifs prennent en compte la mise à disposition d'un téléphone fixe ainsi que le raccordement et un abonnement mensuel (émission et réception d'appels en illimité, portables et fixes, en UE).

Ces tarifs ne prennent pas en compte les frais tels que : télédistribution (10€/mois), médicaments, coiffeur, pédicure, médecin, kinésithérapie (sauf MRS), ...

Avez-vous pris connaissance des tarifs ? OUI / NON

Avez-vous pris connaissance des éléments couverts et non couverts par ceux-ci ? OUI / NON

Êtes-vous en mesure de payer ces frais ? OUI / NON

Prénom / Nom du répondant :

Relation avec la personne inscrite :

Commentaire (facultatif) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de joindre à la présente page, une preuve de pension/revenus

Nom + Prénom du répondant

SIGNATURE

L'Echelle de Katz est un document médical qui ne peut être complété que par un Médecin ou un.e Infirmier.ère agréé.e

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

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
AIDE A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'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	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement 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 Cdément 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.

ECHELLE D'EVALUATION DE L'ETAT DE LA DEPENDANCE SPATIO-TEMPORELLE

Identification du bénéficiaire

N° d'identification de l'établissement

NOM- Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription O.A. :

CRITERE	Score	1	2	3	4
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

ETAT DE LA PERSONNE	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES	Scores
1. DIFFICULTES D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	
2. DERANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	
3. PERTE DE NOTION DE BIENSEANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher, ...	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	
4. COMPORTEMENT AGITE Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto-agressif et/ou agité psycho-moteur (déambulation, fugue, ...)	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	
5. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques ... et/ou agressif à l'égard d'autrui.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	

IDENTIFICATION DU PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER :

Date :

Nom et prénom :

Signature :

DOSSIER MEDICAL

CONFIDENTIEL

À compléter par le médecin traitant et à remettre au personnel infirmier de la maison de
repos Saint-Charles – rue JF Grange 23 – 6762 Saint-Mard

NOM ET PRENOM :

Je soussigné(e),, docteur en médecine,

certifie que le(a) précité(e) :

- Est – n'est pas – atteint(e) de démence sénile caractérisée
- Est – n'est pas – atteint(e) de maladie contagieuse

Biffer les mentions inutiles

Anamnèse systématique : (points importants)

- Ophtalmo :
- Orl :
- Stomato :
- Dermato :
- Cardio :
- Vasculaire :
- Pneumo :
- Gastro-entero :
- Uro :
- Neuro :
- Muscles – os – tendons :
- Endocrino :
- Hémato :
- Gynéco :
- Psychiatrique :
- Sommeil :
- Données :
- Taille : poids :
- TA : pouls :
- Aspect général :
- État de nutrition :
- État cognitif :
 - Mémoire :
 - Pensée abstraite :
 - Orientation dans le temps :
 - Orientation dans l'espace :
- Continence :
 - Urines :
 - Selles :

- Dépendance pour : ECHELLE DE KATZ à fournir

- Toilette :
- Lever/coucher :
- Déplacements :
- Repas :
- Soins infirmiers :

Merci de joindre une **prescription** pour le traitement suivant :

médicament	posologie	motif	début	arrêt

Monsieur/Madame a-t-il/a-t-elle reçu le vaccin contre la Covid-19 ? OUI / NON

⇒ Si OUI, combien de doses ?

FICHE D'ORDRES PERMANENTS

(Arrêté royal du 10 août 2005 fixant les modalités de la prescription à usage humain)

Je soussigné(e)

Vous autorise à administrer chez Mme/M.....en mon absence :

- En cas de nausées et/ou vomissements :
- En cas de diarrhée :
- En cas de température :
- En cas de douleur :

Date :

Signature + cachet du médecin :



VACCINATION EN MR(S)

Dr Cécile Virgo

Septembre 2025

Nom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

		Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose
Tétanos- Coqueluche	Date						
	Signature						
	Etiquette						
Pneumocoque	Date						
	Signature						
	Etiquette						
VRS	Date						
	Signature						
	Etiquette						
COVID	Date						
	Signature						
	Etiquette						
Grippe	Date						
	Signature						
	Etiquette						
Autre vaccin	Date						
	Signature						
	Etiquette						

Avec le soutien de

E.R : Cellule Vaccination SSMG asbl rue de Suisse 8 – 1060 Bruxelles - 0410.639.602



État de la prothèse

Description

Consultation
chez le dentiste

Oui Non

Si consultation chez le dentiste
impossible, quelles solutions ?

Supérieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Inférieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Supérieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Inférieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Supérieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Inférieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Supérieure

Oui Non

Correcte Abîmée

Inférieure

Oui Non

Correcte Abîmée

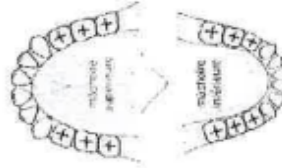
État des dents : Cochez les dents par le symbole

Correcte

Dents mobiles

Carries

Tartre ++



Description

Les muqueuses

Inflammatoires

Ulcérées

Tumeur

Liken

Mycose

La langue

Sèche

Ulcère

Tumeur

Les gencives

Correctes

Parodontite

Ulcère

Tumeur