

Demande médicale pour placement en maison de convalescence - H1



La solidarité, c'est bon pour la santé.

Département Soins de Santé - Service Convalescence

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom - prénom
 Date de naissance
 Profession
 Adresse
 L'intéressé séjourne actuellement à
 N° d'inscription
 Personne à contacter
 Tél.
 Maison de convalescence souhaitée

DONNEES D'ACCOMPAGNANT EVENTUEL

(valide / malade chronique)

Nom - prénom
 N° d'inscription
 Tél.

Vignette à coller ici

DEMANDE COMME CONVALESCENT A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Diagnostic détaillé et motivation médicale de la demande de placement en maison de convalescence (aigu et chronique):

Demande comme convalescent aigu

Date de début de l'affection

Date d'hospitalisation Date de sortie prévue

Demande comme convalescent chronique à compléter par le médecin traitant

Le bénéficiaire appartient-il à un des groupes-cibles repris au verso de la présente et si oui lequel:

nécessite une toilette quotidienne l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie journalière

nécessite une infrastructure spécifiquement adaptée autre situation (à expliciter)

Raisons sociales ou environnementales (domicile) motivant outre les raisons médicales la nécessité d'un séjour en convalescence (aussi bien aigu que chronique)

Description de l'état actuel (mettre une croix dans la case appropriée)

Soins d'hygiène	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
Mobilité	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
Alimentation	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
Incontinence fèces	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> complète
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> complète
Oxygène nécessaire	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> nombre d'heures
Etat mental	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> parfois désorienté	<input type="checkbox"/> désorienté
		<input type="checkbox"/> dépressif	<input type="checkbox"/> agressif
Régime	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	lequel
Autres soins, surveillance ou traitements particuliers			

Etat actuel Définitif Temporaire

Le patient souhaite une chambre seule à deux personnes avec un accompagnant

Destination du patient après la convalescence retour à domicile séjour en institution (MR, MRS, ...)

La convalescence est-elle motivée par les suites d'un accident avec tiers responsable éventuel? OUI - NON

Je déclare que le patient ne présente pas de risque de contagion.

Date

Signature

Cachet du médecin

DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL. RESERVE AU SERVICE MEDICAL DE LA MAISON DE L'ALLIANCE