



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

DOSSIER D'ADMISSION

COORDONNÉES DU RESIDENT

VIGNETTE OA

Joindre une copie R/V de la carte d'identité

NOM :

PRENOM :

Sexe : M F X

Etat civil :

Nationalité :

Permis de séjour : OUI / NON

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Numéro national :

Numéro carte d'identité :

Mutuelle :Code tit. : .../...

Langue :

Téléphone :

Personnes de contact :

1)

2)

Email :

Lien de parenté :

Provenance :

Hospitalisation : OUI / NON

Représentant légal : OUI / NON

NOM et PRENOM

Adresse :

Lien de parenté :

Téléphone :

Email :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

INFORMATIONS ENTREE DU RESIDENT

Date et heure arrivée :

Choix de chambre : Individuelle Commune (2 lits)

Séjour temporaire

Long Séjour

Facturation

Administration de biens Réquisitoire CPAS

Nom et Prénom :

Adresse de facturation :

N° téléphone et e-mail :

Médecin traitant

Nom et Prénom :

Adresse :

N° téléphone et e-mail :

Est-il prévenu ? oui non

Le futur résident a-t-il marqué son accord pour rentrer à la résidence ?

oui non

Date de la demande :

Signature

Motif de la demande :

Patient hospitalisé : oui non

Si oui, dans quel établissement et depuis quand :

Si oui, motifs de l'hospitalisation actuelle :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

SITUATION MÉDICALE : A remplir par un professionnel de la santé

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX :

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

PATHOLOGIES ACTUELLES :

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

REGIME ALIMENTAIRE:

Troubles alimentaires : oui non

Si oui précisez :

Risque de fausse déglutition : oui non

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



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Traitement médicamenteux en cours

Afin de nous permettre de garantir une continuité des soins médicamenteux optimale à votre patient, pourriez-vous compléter ce document de manière la plus complète possible.

Médicaments prescrits (y compris : médicaments à usage externe, sprays, gouttes, préparations magistrales,...)

Nom du médicament	Dosage	Posologie				Indication	Remarques éventuelles Schémas de prises particuliers, durée de traitement . . .
		Matin	Midi	Soir	Coucher		

Allergies, intolérances ? oui non

.....
.....

Porteur d'une MRSA connue ? oui non

Localisation et type

Nom + signature du médecin :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Renseignements divers : (*biffer les mentions inutiles*)

Nom du vaccin :

Nom du vaccin :

Date 1 :

Date 2 :

Poids : Kg

Taille :

Tabac : oui non

Alcool : oui non

Diabète oui non Type :

Pace Maker : oui non

Transfusion : oui non

Séquelles neurologiques : oui non

Séquelles orthopédiques : oui non

Agitation diurne/nocturne : oui non

Agressivité diurne/ nocturne : oui non

Déambulation diurne / nocturne : oui non

Troubles de comportement : oui non

Degré d'autonomie : *Joindre échelle de Katz*

Soins en cours :

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

Soins particuliers :

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



SILVA medical asbl-vzw

SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Appareillage :

Fauteuil roulant : oui non

Rollator : oui non

Prothèses : oui non

Béquilles : oui non

Canne : oui non

Dentaire oui non

Orthopédiques oui non

Auditives oui non

Oculaires oui non

Nom + signature et cachet du médecin :