



SILVA medical asbl-vzw

SCHEUTBOS

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

ADMISSION

Admission à la Clinique

Toute demande d'admission doit être introduite par un médecin sur base d'un dossier médical et d'une demande motivée qui seront examinés par notre Médecin Chef (cfr dossier d'admission)

Pour tout renseignement, veuillez- vous adresser au numéro 02 854 10 80



SCHEUTBOS

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

DOSSIER D'ADMISSION (à remplir par le service social)

Hospitalisé à : depuis le : àheures
Dans le service de : Téléphone :

NOM et PRENOM du patient :
Sexe : M F
Lieu et date de naissance :
Etat civil :
Adresse :
Nationalité :
Langue :
Mutuelle : Code tit. : / N.N. :

Médecin traitant : Nom et prénom :
Adresse et téléphone :

PROCHES A PREVENIR :

- 1. NOM et PRENOM :
Adresse :
Téléphone :
Lien de parenté :
2. NOM et PRENOM :
Adresse :
Téléphone :
Lien de parenté :

TRANSFERT :

Qui a pris la décision : [] le patient [] la famille [] le médecin
Le patient a-t-il marqué son accord : [] oui [] non



SCHEUTBOS

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

CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL :

SITUATION A DOMICILE :

Lieu de vie : Maison Appartement Etage Escalier Ascenseur MR/MRS
 Autre

Aide à domicile : * Formelle aide familiale / ménagère
 infirmière
 garde malade
 kinésithérapeute
 repas
 télévigilance
 autre

* Informelle famille
 voisins
 autre



SCHEUTBOS

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

CONTEXTE FINANCIER ET SOCIO-PROFESSIONNEL :

Administrateur de biens

Nom et adresse :

Téléphone : e-mail

Réquisitoire :

CHOIX DE CHAMBRE :

Chambre commune Chambre à deux lits Chambre individuelle

Isolement médical :

Attention : si nous ne disposons pas du type de chambre choisi, le patient doit en être informé. Merci.

PERSPECTIVES D'AVENIR :

- du patient :

- de la famille :

- démarches déjà effectuées :

par le service social

par la famille

autres :

NOM ET PRENOM DE L'ASSISTANTE SOCIALE :

TELEPHONE :

DATE :



SCHEUTBOS

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

DOSSIER D'ADMISSION (à remplir par le Médecin)

Date d'admission en service aigu :

AFFECTION AYANT NECESSITE L'HOSPITALISATION EN SERVICE AIGU :

EVOLUTION EN SERVICE AIGU :

Diagnostics :

.....

Intervention (si nécessaire):

.....

RAISON DU TRANSFERT :

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :



SCHEUTBOS

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

ALLERGIES CONNUES :

.....

OUI NON

ADVANCED CARE PLANNING/THERAPIE LIMITEE :

.....

.....

PROJET APRES REVALIDATION :

SITUATION CLINIQUE ACTUELLE (à remplir par le médecin)

ETAT GENERAL :

.....

ETAT NUTRITIONNEL : obésité cachexie perte récente de poids

ETAT PSYCHIQUE : dépression anxiété confusion démence

collaboration : oui non

agitation : oui non

ETAT CUTANE : e.a. escarres (localisation / stade / dimension)

.....

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

.....

SYSTEME RESPIRATOIRE

.....



SCHEUTBOS

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

SYSTEME DIGESTIF :

.....

SYSTEME URO-GENITAL :

.....

SYSTEME NEUROLOGIQUE :

.....

DIVERS :

.....

.....

.....



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

.....
.....

Nom + signature du médecin :

.....



SCHEUTBOS

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES A NE REMPLIR QU'EN CAS D'AFFECTION NEOPLASIQUE (à remplir par le Médecin).

En cas d'affection néoplasique active ou récente pouvant influencer l'évolution du malade à court ou moyen terme, il convient que vous précisiez quelques points. Ces données sont essentielles à la prise en charge optimale de votre malade.

DIAGNOSTIC PRECIS :

.....

EXTENSION :

.....

STADE ATTEINT :

.....

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES SPECIFIQUES :

.....

TRAITEMENTS EN COURS OU ENVISAGES :

.....



SCHEUTBOS

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

COORDONNEES DE L'ONCOLOGUE OU DU SPECIALISTE QUI A SUIVI OU SUIV LE
MALADE :

.....

INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT ET A SA FAMILLE :

.....

TEXTE LIBRE :

.....

TRAITEMENT :

.....

**N.B. : pour les patients recevant des médicaments Bf, il convient – si possible – de
fournir copie des protocoles et de préciser :**

- s'il s'agit d'un patient qui possédait une autorisation en cours avant son admission dans
votre service (le patient apportera copie de cette autorisation)

OU

- s'il s'agit d'un traitement que vous avez instauré (préciser alors si les documents ont été
remplis)

--	--

LE MEDECIN :

Cachet

Téléphone :



SCHEUTBOS

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

DOSSIER INFIRMIER

Destination :

.....
.....

Collez ici l'étiquette d'identification du patient

Observé à la demande d'admission

Date :

Motif d'hospitalisation :

Motif de transfert :

Numéros de téléphone et coordonnées de la famille ou des proches :

.....

ACTIVITE ET EXERCICE :

Autonomie = 1 Autonome / 2 Aide de soutien / 3 Aide partielle / 4 Dépendance totale

Niveau d'aide	Items
1 2 3 4	Boire et manger
1 2 3 4	Se laver : <input type="checkbox"/> au lit / <input type="checkbox"/> au lavabo
1 2 3 4	Se vêtir et soigner son apparence
1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes / <input type="checkbox"/> Chaise percée
1 2 3 4	Se déplacer dans le lit
1 2 3 4	Effectuer des transferts – Aide nécessaire :
1 2 3 4	Marcher – Aide nécessaire :

PARTICULARITE LOCOMOTRICE

- sans appui
- appui partiel Gou Dr
- appui total
- attelle
- orthèse
- plâtre
- traction

LOCALISATION :

.....
.....



SCHEUTBOS

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

COGNITION ET PERCEPTION

Etat mental, Orientation spatio-temporelle, Sécurité, Comportement, Elocution, Degré d'anxiété, Déficience visuelle, Cécité, Lunettes, Déficience auditive, Appareil auditif, Vertiges, Respiration, Elimination intestinale, Elimination urinaire, Nutrition, métabolisme et hydratation

SCHEUTBOS

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

Infections à germes multi résistants

Site :

Isolement: oui / non

MRSA Bactéries ESBL Clostridium difficile

autre :

Dernier frottis :

Métabolisme et téguments

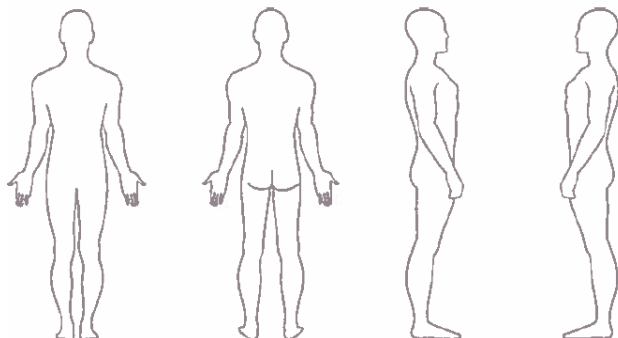
Score de NORTON / 20

Escarre + localisation

Lésion et plaie chirurgicale Fils A ôter le.....

Type de pansement :

Situation du (des) pansement(s):



Prochaine consultation Dr Date..... Hrs :

Transmission ciblée (dossier infirmier) :

Particularités :

Coordonnées de l'infirmière :

Nom :

Signature

Unité de soins :

Téléphone :



SCHEUTBOS

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

DOSSIER D'ADMISSION : KINESITHERAPIE (à remplir par les kinésithérapeutes)

BILAN MOTEUR

MARCHE :

- Appui complet, appui partiel (g. ou dr.), appui interdit (g. oud.)
- Seul, sans aide

Si avec aide, préciser :

Transferts :

Escaliers :

Techniques spécifiques :

Assistance technique :

Traitement souhaité :

Objectifs de traitement :

Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance de pathologie lourde ?

Si oui, joindre une photocopie.

Si une assistance matérielle a été prévue ou commandée, pouvez-vous préciser les firmes et les dates de commande ?