

RAPPORT MEDICAL D'ADMISSION

Nom : ----- Prénom : -----

Antécédents

a) Médicaux

b) Chirurgicaux

Présence d'un Pace maker : oui - non

Situation médicale actuelle

Le patient présente une affection contagieuse

Le patient ne présente pas une affection contagieuse

Médicaments

Régime

Rééducation

Surveillance particulière

Décision de l'équipe pluridisciplinaire (Médecin, infirmier(e) kiné, assistant(e) social(e) et de la famille

Toutes les possibilités de maintien à domicile ont été épuisées et par conséquent l'admission en MRS est opportune

oui non

Date, signature et cachet du médecin

**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 |
| 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.