Concerne demande de revalidation :

Nom …… Prénom …….. Date de naissance…….

Afin que nous puissions prendre une décision concernant cette demande, veuillez la renvoyer complétée par mail : admission@valida.be ou par fax : 02/482.40.10

En vous remerciant pour votre collaboration

L'équipe médicale de Valida

Rapport social

Adresse du patient : …….

Mutuelle – numéro de registre national – code : …….

CPAS : réquisitoire o oui o non

Médecin traitant Nom …… Tél ……..

Personne de référence (enfant, conjoint, ami, autre)

Nom ……. Tél ……..

Nom…….. Tél ……..

Type de chambre désiré o2 lits o chambre seule

Contexte familial et d'aide à domicile

Vit : o seul(e) o avec conjoint o avec enfant o en maison de repos

Aide à domicile

o Repas

o Aide familiale oAide-ménagère

o Infirmière o Kiné o Autre

o Aide famille :

Projet après réadaptation

o Retour domicile o Placement o Démarches déjà effectuées ? Où ?

Travailleur social à l'hôpital: …… Tel ……

Concerne demande de revalidation :

Nom Prénom Date de naissance

……

Rapport médical

Hôpital : …… Date d'admission :…… Service : …….

Médecin de référence (avec tél) ……

Motif admission : …….

……

ATCD importants : …….

……

Chirurgie éventuelle (date) ……...

Appui autorisé ? ……...

Diagnostics à la sortie

……
……

Traitement de sortie

……..

Objectif de la demande de réadaptation :

Le patient en est-il informé : oui – non

Est-il d'accord avec ce projet : oui – non

Remarque : ……...

Concerne demande de revalidation :

Nom ……. Prénom……. Date de naissance…….

Rapport infirmier : Echelle de Katz

critère	Score avant hospitalisation	Score actuel	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 déplacement			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
Aller à la toilette			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée 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 et boire
Désorientation temporelle			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté
Désorientation spatiale			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorient

Concerne demande de revalidation :

Nom ……. Prénom……. Date de naissance…….

Rapport infirmier

Capacité de collaboration o oui o non

Capacité de communication o oui o non

Agitation / comportement dérangeant / fugueur o oui o non

Soins particuliers

Logopédie o oui o non

Nourriture o moulue o 1/2 liquide o normale o gavage o parentérale

Sonde urinaire o oui o non

Escarres o oui o non localisation

Isolement (MRSA, Clostridium, autre ...) o oui o non

Rapport Kiné

Prise en charge actuelle du patient :

……
……
……
……
……

Appui autorisé oui - non

Collaboration du patient lors des séances de kinésithérapie :