

**Demande d'admission**  
**MRS « Saint-Joseph »**  
**24, rue de la Clinique à 4850 Moresnet**

A renvoyer dûment complété à :  
Mme KOHL Ilona – Assistante sociale – 24 rue de la Clinique à 4850 Moresnet  
N°fax: 087/ 78.90.15 - Mail : i.kohl@inago.be

**Données administratives**

---

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....

Vignette

N° national : ..... Sexe :.....  
N° mutuelle : ..... Code titulaire : ...../  
N° téléphone : .....  
Médecin traitant : ..... N° téléphone : .....  
Personne de contact : .....

▪ Le demandeur séjourne actuellement :

- Au domicile  
 A l'hôpital ou dans une autre institution :..... Nom :

Service : .....

Ass. Soc. : .....

N° tél. : .....

▪ Le demandeur souhaite une chambre :

- Seule  
 Double  
 En couple

## Renseignements médicaux

---

- Le patient est-il reconnu « Circuit de soins Chorée » ?
  - Oui
  - Non
  
- Le patient est-il reconnu « Circuit de soins Coma » ?
  - Oui (joindre copie de la certification du Centre d'expertise Coma)
  - Non
  
- Le patient a-t-il des soins particuliers ?
  - Non
  - Oui (Lesquels ? Ex : Trachéotomie)

.....

.....

.....
  
- Le patient est-il porteur de germes ?
  - Non
  - Oui (Lesquels ? Quel est le site ? Les sites ?)

.....

.....

.....
  
- Le patient est-il sous O2 ?
  - Non
  - Oui (Autorisation chez quel pneumologue ? Nom - Adresse - Date)

.....

.....

.....
  
- Le patient est-il désorienté ?
  - Oui
  - Non

**Merci d'annexer les derniers rapports médicaux expliquant la situation.**

## Données médicales, infirmières et paramédicales

Cochez les mentions correspondant le mieux à l'état actuel du patient :

BESOINS FONDAMENTAUX	AIDES REQUISES
<b>Hygiène :</b>	
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle : ..... <input type="checkbox"/> Aide complète	
<b>Mobilisation :</b>	
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide complète <input type="checkbox"/> Antécédents de chute	Lit strict : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, jusqu'au .....) Transfert lit/fauteuil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> gadot <input type="checkbox"/> chaise roulante <input type="checkbox"/> matelas anti-escarre
<b>Alimentation :</b>	
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide complète <input type="checkbox"/> Troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> Type de régime alimentaire : ..... <input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale : (Placée le ...../...../.....)
<b>Elimination :</b>	
<u>Continence urinaire</u> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide de soutien <input type="checkbox"/> Incontinence :   ▪ Diurne   ▪ Nocturne  <u>Continence fécale</u> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide de soutien <input type="checkbox"/> Incontinence :   ▪ Diurne   ▪ Nocturne	<input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sonde vésicale : (Placée le ...../...../.....) <input type="checkbox"/> Stomie :   ▪ Urines   ▪ Selles  <input type="checkbox"/> Cathéter sus-pubien <input type="checkbox"/> Sondage intermittent
<b>Cognition et communication :</b>	
<input type="checkbox"/> Bonne orientation <input type="checkbox"/> Désorientation :   ▪ Espace   ▪ Temps <input type="checkbox"/> Agressivité :   ▪ Verbale   ▪ Physique <input type="checkbox"/> Diminution de la mémoire <input type="checkbox"/> Troubles du langage <input type="checkbox"/> Risques de fugue <input type="checkbox"/> Déficit visuel <input type="checkbox"/> Déficit auditif	
<b>Respirer :</b>	
<u>Difficultés respiratoires</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :   ▪ Oxygénothérapie ▪ Aérosolthérapie ▪ Trachéotomie	

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
<b>SE LAVER</b>		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(e) pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
<b>S'HABILLER</b>		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(e) pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
<b>TRANSFERT ET DEPLACEMENTS</b>		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 infirme ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
<b>ALLER A LA TOILETTE</b>		Est capable d'aller seul(e) aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer, 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(e) pour les trois items: se déplacer, s'habiller et s'essuyer
<b>CONTINENCE</b>		Est continent(e) pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent(e) pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent(e) pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent(e) pour les urines et les selles
<b>MANGER</b>		Est capable de manger et de boire seul(e)	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il/elle mange ou boit	Est totalement dépendant(e) pour manger ou boire
<b>CRITERE</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>TEMPS (2)</b>		Pas de problème	De temps en temps (problèmes rares)	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté(e) ou impossible d'évaluer
<b>ESPACE (2)</b>		Pas de problème	De temps en temps (problèmes rares)	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté(e) ou impossible d'évaluer

## Eléments psychiques

---

- Eléments psychiques qui nécessitent un encadrement ou une surveillance spécifique :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Désorientation (temporaire) | <input type="checkbox"/> Comportement agressif       |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de toxicomanie    | <input type="checkbox"/> Dépression                  |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle   | <input type="checkbox"/> Problématique psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Troubles de mémoire         | <input type="checkbox"/> Fugue                       |
| <input type="checkbox"/> Autres                      |  |

Si au moins l'une des cases est cochée, spécifiez :

.....

.....

.....

## Renseignements sociaux

Assistant social en charge du dossier : .....

### 1. Personnes ressources habituelles du patient :

Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
N° tél. : .....	N° tél. : .....
Lien de parenté : .....	Lien de parenté : .....
Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
N° tél. : .....	N° tél. : .....
Lien de parenté : .....	Lien de parenté : .....

### 2. Revenus et montants

<b>Qui paye ?</b>	<b>Nature du paiement</b>	<b>Montant mensuel</b>
<i>ONP</i>	<i>Pension de survie</i>	<i>1200€/mois</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

- Est-ce qu'il y a encore des demandes d'allocation en cours ? Si oui, lesquelles ?

.....  
.....

- Qui gère les revenus du résident ?

.....

- Qui signe l'engagement de paiement ?

.....

- Le CPAS intervient-il dans les frais d'hébergement?  
Si oui, lequel ? Est-ce que la procédure est lancée ?

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

- Un administrateur provisoire a-t-il été nommé ou est-ce que la procédure est lancée ?  
Si oui, les références :

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

- Le Juge de Paix responsable :

.....

- Autres éléments importants :

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

Madame, Monsieur,

Merci de nous fournir le plus d'informations possibles concernant la situation du futur résident.

Nous les traiterons avec respect et sous secret professionnel.

Ces informations sont nécessaires pour traiter la demande d'admission de la meilleure façon.

En vous remerciant d'avance, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Au nom de l'équipe de la MRS St Joseph, 4850 Moresnet,

**Ilona Kohl, Assistante sociale.**

<b>Directeur général</b>	Jean-Marie KOHNEN	jm.kohnen@inago.be	087/78.90.06
<b>Directrice</b>	Martine FISCHER	m.fischer@inago.be	087/78.90.07
<b>Responsable de l'Orangerie</b>	Carmen TIMOFTE	c.timofte@inago.be	087/78.90.01
<b>Responsable de la Roseraie</b>	Laurence HURARD	l.hurard@inago.be	087/78.90.02
<b>Responsable de l'Olivier</b>	Bernadette PELZER	b.pelzer@inago.be	087/78.90.03
<b>Bureau d'accueil</b>		info@inago.be	087/78.90.00
<b>Assistante sociale</b>	Ilona KOHL	i.kohl@inago.be	087/78.90.17