

Ce que vous devez savoir :

1. Aide et soins :

- Votre médecin traitant ou en cas de nécessité impérative le médecin attaché à la maison.
- Une équipe d'infirmières et d'aides soignantes ainsi que des kinés, des ergothérapeutes, des animatrices.

2. Repas :

- Les déjeuners sont servis en chambre à 8 h 00.
- Les repas du midi se prennent à l'Orangerie à 12 h 00.
- Les repas du soir sont servis en chambre à 17 h 30.

3. Visites :

- Les visites sont autorisées tous les jours de préférence l'après-midi. Vous pouvez vous rendre avec vos amis ou votre famille dans le salon de l'étage ou à l'Orangerie.
- Le parc est aussi à votre disposition.
- Le service dispose de chaises roulantes pour les personnes à mobilité réduite.

4. Durée du séjour :

- La durée par séjour est de 15 jours minimum avec un maximum de 30/31 jours calendrier. Toute demande de prolongation d'un séjour devra être notifiée obligatoirement par écrit et sera accordée selon les disponibilités. L'accueil en court-séjour ne peut dépasser 90 jours par année civile par personne.
- L'entrée se fera entre 10 heures 30 et 11 heures 30 ou 14 heures et 16 heures.
- Le départ se fera après 14 heures.

5. Coût du séjour/jour :

- **43,45 euros par jour (chambre meublée avec télévision).**

Ce prix comprend :

- le logement, l'eau, le chauffage, l'électricité ;
- les repas ;
- l'entretien quotidien des locaux, l'entretien des literies ;
- les loisirs organisés dans l'enceinte de l'établissement ;
- les soins infirmiers (toilettes, piqûres, pansements) et le matériel de soins ;
- les protections.

Certains frais sont à votre charge :

- les honoraires médicaux, les soins de kiné, les fournitures pharmaceutiques ;
- les prestations de coiffures, pédicures, manucures ;
- les produits de toilette ;
- la lessive du linge personnel ;
- la redevance télédistribution : 6,20 € à partir du 10^{ème} jour d'hébergement.

Pour que votre inscription soit effective, veuillez nous faire parvenir :

- **une copie de la carte d'identité recto verso ;**
- **3 vignettes de mutuelle**
- **l'échelle d'évaluation complétée par un médecin ou une infirmière ;**
- **la fiche de renseignements court séjour;**
- **la fiche "service soins".**

A.THEMONT
Coordinatrice
court séjour

E.DUPONCHEEL
Infirmière Chef de service
court séjour

J. DELMEE
Responsable
Gestion Journalière

M. GILLIEAUX
Directeur Général

Fiche de renseignements court séjour**SERVICE ADMINISTRATIF****1. Identification :**

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	

Vignette de mutuelle

2. Personne(s) responsable(s) et répondant(s) :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone privé	
Téléphone professionnel	
Lien de parenté	
Adresse courriel	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone privé	
Téléphone professionnel	
Lien de parenté	
Adresse courriel	

3. Situation actuelle du futur résidant :

<i>Lieu d'habitation :</i>	
À son domicile	
Autre	
<i>Infirmière à domicile :</i>	
<i>Séjour hôpital :</i>	
Lequel :	
Service :	
<i>Assistante sociale :</i>	
Hôpital	
Autre	

4. **Médecin traitant :**

Nom	
Prénom	
Téléphone	
GSM	
Suivi séjour	Oui - Non
<i><u>Autres choix :</u></i>	<i>Dans ce cas, veuillez nous transmettre, au plus tard lors de la signature de la réservation du court-séjour, les renseignements médicaux sous pli fermé.</i>
Médecin Coordinateur	Docteur Jean-Paul Houyet
Autre médecin	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
GSM	

5. **Echelle de Katz :** Oui Non

6. **Montant approximatif des pensions :**

7. **Période souhaitée :**

8. **Inscription en Maison de Repos :** Oui Non

Date :

Souhaitez-vous faire une inscription sur la liste d'attente de la maison de repos ?

Oui Non

Pour rappel :

**Lors de votre séjour, pensez à vous munir de
Votre carte d'identité,
Des vignettes de mutuelle.**

SERVICE SOINS

Lors de toute entrée en court séjour, le passage du Médecin traitant est obligatoire afin de constituer le dossier médical.

1. Alimentation :

Régime :	
Allergies alimentaires :	
Lesquelles	
Besoin d'une aide :	
Préalable au repas	
Durant le repas	
Aide matérielle	canard – butée d'assiette –couverts adaptés – bavoirs
	autres à préciser :

2. Matériel en chambre :

Chaise percée	Oui	Non			
Urinal	Oui	Non			
Fauteuil gériatrique	Oui	Non			
Contention tablette	Oui	Non			
Chaise roulante	Oui	Non	Personnelle	Oui	Non
Tribune	Oui	Non	Personnelle	Oui	Non
Barreaux de lit	Oui	Non			
Perroquet	Oui	Non			
Autres					

3. Soins :

Protections	Oui	Non	Type :		
Plaies	Oui	Non	Protocole du médecin à joindre sous pli fermé		
Kiné	Oui	Non	Prescription à fournir le jour de l'entrée		
Logopède	Oui	Non	Prescription à fournir le jour de l'entrée		
Commande médicaments	Proches	MR/MRS	Mandats à compléter le jour de la signature de la réservation		
<i>Si la maison de repos est mandatée : merci d'emporter avec vous, pour le jour de l'entrée, les autorisations des médicaments délivrés sur base de cette autorisation.</i>					
Préparation médicaments	Résident	Proches	MR/MRS		
<i>Veillez-vous munir de la médication nécessaire au jour de l'entrée.</i>					
Allergies médicamenteuses					
Pathologie particulières					

4. Autres services :

Coiffeuse	oui	non
Fréquence		
Pédicure	oui	non
Fréquence		

**Pour toute question, information relatives aux soins,
vous pouvez prendre contact avec
Madame Emmanuelle DUPONCHEEL
Infirmière chef de service et responsable court séjour
au n° 068/278638**

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil
ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT

LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :
l'institution :

Numéro INAMI de

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	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 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
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'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	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément 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.

Catégories de dépendance

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie D : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

Catégorie C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique
spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette
et/ou pour manger.

Critères de dépendance

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.