

**ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES**

Association de droit public régie par la loi du 8 juillet 1976  
RUE BRUYN 1 - 1120 NEDER-OVER-HEEMBEEK  
Général: ☎ 02/477.21.12 Gestion des lits: ☎ 02/477.21.19

**A envoyer complété par mail :**

**[admission.revalidationra@chu-brugmann.be](mailto:admission.revalidationra@chu-brugmann.be)**

IDENTIFICATION	
<b>Concerne le patient :</b>	<b>Demande en provenance de :</b>
ETIQUETTE PATIENT  • Régime linguistique :	• Hôpital :  • Service :  • Personne de contact :  • Tél :  • Fax :  • Mail :
<b>Type de revalidation :</b>	<b>Destination après revalidation :</b>
<input type="checkbox"/> Locomotrice <input type="checkbox"/> Cardiopulmonaire <input type="checkbox"/> Sp polypathologie	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Placement <input type="checkbox"/> Autre
<b>Type de chambre souhaité :</b>	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Commune
Date de transfert vers la revalidation : ..../..../....	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** (à remplir par le médecin référent)

- Nom du médecin référent pendant l'hospitalisation :
- Téléphone :

**Objectifs de la revalidation :**

- Diagnostic à l'issue de l'hospitalisation :
- Date d'admission en hospitalisation :

**Intervention chirurgicale :**

- Type d'intervention :
- Date :
- Code INAMI :

**Autorisation d'appui (si revalidation locomotrice)**

- Oui -> total    ou partiel    de ..... kg
- Non -> Appui non autorisé pour une durée de .....

**Antécédents :**



**Maladies :**

- Maladies contagieuse (MRSA, HIV, TBC, C.difficile,...) :  oui ;  non
- Isolement :  oui ;  non
- Maladies psychiatriques :  oui ;  non
- Autres :  confusion  démence  risque de fugue  agitation

**Assuétudes :**

- Tabac :  oui  non
- Alcool :  oui  non
- Drogues :  oui  non

**Liste des médicaments :**

NOM DU MEDICAMENT :

POSOLOGIE :

**Projet Thérapeutique :**

A	B1	B2	C	D
---	----	----	---	---

**Chimiothérapie :**

- Prévue :  oui  non
- En cours :  oui  non
- Terminée :  oui  non

**Radiothérapie :**

- Prévue :  oui  non
- En cours :  oui  non
- Terminée :  oui  non

**Amyotrophie :**  oui  non

**Cachexie :**  oui  non

**Commentaires :**

**RENSEIGNEMENTS PARAMEDICAUX****NURSING**

		OUI	NON
Continence	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nasogastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéotomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie	/ Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de plaies	→ localisation : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plâtre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixateurs externes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de déglutition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dénutrition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration du patient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	Poids : .....Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode d'admission des médicaments			
	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Par gavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec pousse-seringue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KINESITHERAPIE / ERGOTHERAPIE**

		OUI	NON
Marche	Indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec canne / béquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec rolator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marche impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	→ précisez le type : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corset		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec aide : nbr : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiorespiratoires : résistance à l'effort de : .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : .....			

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET SOCIAUX**

**Données du patient / Etiquette**

- Nom :
- Adresse :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Etat civil :

**Prise en charge**

- Mutuelle / CPAS / Assurance / Autre organisme :
- .....

- Personne de contact (famille, amis, ....) :

	Contact 1	Contact 2
Nom & prénom :		
Lien avec le patient :		
N° Tél :		

- Administrateur de biens :
- .....

- Médecin traitant :
- .....

**Habitat avant l'hospitalisation**

- Maison                       Ascenseur                       Habite seul  
 Appartement: étage : ....     Escalier                       Cohabitant  
 Maison de repos

- Type d'aide au domicile :
- Fréquence :

- Infirmière : .....  
 Aide familiale : .....  
 Aide-ménagère : .....  
 Repas livrés : .....  
 Télévigilance : .....

**Coordonnées de contact du service social demandeur**

- Nom :
- Téléphone direct :
- Fax :
- Mail :