



## ADMISSION

### Admission à la Clinique

Toute demande d'admission doit être introduite par un médecin sur base d'un dossier médical et d'une demande motivée qui seront examinés par notre Médecin Chef (cfr dossier d'admission)

Pour tout renseignement, veuillez- vous adresser au numéro 02 854 10 80 ou [admin@silva-medical.be](mailto:admin@silva-medical.be)

### DOSSIER D'ADMISSION (à remplir par le service social)

---

Hospitalisé à : ..... depuis le : ..... à .....heures

Dans le service de : ..... Téléphone : .....

---

NOM et PRENOM du patient : .....

Sexe : M F

Lieu et date de naissance : .....

Etat civil : .....

Adresse : .....

Nationalité : .....

Langue : .....

Mutuelle : ..... Code tit. : ..... / ..... N.N. : .....

Médecin traitant : Nom et prénom : .....

Adresse et téléphone : .....

### PROCHES A PREVENIR :

---

1. NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

2. NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....



**TRANSFERT :**

---

Qui a pris la décision :  le patient  la famille  le médecin  
Le patient a-t-il marqué son accord :  oui  non

**CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL :**

**SITUATION A DOMICILE :**

---

Lieu de vie :  Maison  Appartement  Etage  Escalier  Ascenseur  MR/MRS  
 Autre

Aide à domicile : \* Formelle  aide familiale / ménagère .....  
 infirmière .....  
 garde malade .....  
 kinésithérapeute .....  
 repas .....  
 télévigilance .....  
 autre .....

\* Informelle  famille .....  
 voisins .....  
 autre .....



**CONTEXTE FINANCIER ET SOCIO-PROFESSIONNEL :**

Administrateur de biens

Nom et adresse : .....

Téléphone : ..... e-mail .....

Réquisitoire : .....

**CHOIX DE CHAMBRE :**

---

Chambre commune     Chambre à deux lits     Chambre individuelle

Isolement médical : .....

Attention : si nous ne disposons pas du type de chambre choisi, le patient doit en être informé. Merci.

**PERSPECTIVES D'AVENIR :**

---

- du patient : .....

- de la famille : .....

- démarches déjà effectuées : .....

par le service social

par la famille

autres : .....

**NOM ET PRENOM DE L'ASSISTANTE SOCIALE :** .....

**TELEPHONE :** .....

**DATE :** .....



**DOSSIER D'ADMISSION** (à remplir par le Médecin)

---

Date d'admission en service aigu : .....

**AFFECTION AYANT NECESSITE L'HOSPITALISATION EN SERVICE AIGU :**

**EVOLUTION EN SERVICE AIGU :**

Diagnostics : .....

.....

Intervention (si nécessaire):

.....

**RAISON DU TRANSFERT :**

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES :**

**ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :**



**ALLERGIES CONNUES :**

---

OUI  NON

**ADVANCED CARE PLANNING/THERAPIE LIMITEE :**

---

.....

**PROJET APRES REVALIDATION :**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE (à remplir par le médecin)**

---

ETAT GENERAL : .....

.....

ETAT NUTRITIONNEL :     obésité         cachexie         perte récente de poids

ETAT PSYCHIQUE :         dépression     anxiété         confusion     démence

collaboration :  oui  non

agitation :         oui  non

ETAT CUTANE : e.a. escarres (localisation / stade / dimension)

.....

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

.....

SYSTEME RESPIRATOIRE

.....



SYSTEME DIGESTIF :

.....

SYSTEME URO-GENITAL :

.....

SYSTEME NEUROLOGIQUE :

.....

DIVERS :

.....

.....

.....



## Traitement médicamenteux en cours

Afin de nous permettre de garantir une continuité des soins médicamenteux optimale à votre patient, pourriez-vous compléter ce document de manière la plus complète possible.

**Médicaments prescrits** (y compris : médicaments à usage externe, sprays, gouttes, préparations magistrales,...)

Nom du médicament	Dosage	Posologie				Indication	Remarques éventuelles Schémas de prises particuliers, durée de traitement,...
		Matin	Midi	Soir	Coucher		

**Allergies, intolérances ?**     Oui     Non

.....  
.....

Nom + signature du médecin :

.....



**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES A NE REMPLIR QU'EN CAS D'AFFECTION NEOPLASIQUE (à remplir par le Médecin).**

---

En cas d'affection néoplasique active ou récente pouvant influencer l'évolution du malade à court ou moyen terme, il convient que vous précisiez quelques points. Ces données sont essentielles à la prise en charge optimale de votre malade.

DIAGNOSTIC PRECIS :

.....

EXTENSION :

.....

STADE ATTEINT :

.....

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES SPECIFIQUES :

.....

TRAITEMENTS EN COURS OU ENVISAGES :

.....





COORDONNEES DE L'ONCOLOGUE OU DU SPECIALISTE QUI A SUIVI OU SUIV LE  
MALADE :

.....

INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT ET A SA FAMILLE :

.....

TEXTE LIBRE :

.....

TRAITEMENT :

.....

**N.B. : pour les patients recevant des médicaments Bf, il convient – si possible – de  
fournir copie des protocoles et de préciser :**

- s'il s'agit d'un patient qui possédait une autorisation en cours avant son admission dans  
votre service (le patient apportera copie de cette autorisation)

**OU**

- s'il s'agit d'un traitement que vous avez instauré (préciser alors si les documents ont été  
remplis)

--	--

LE MEDECIN :

Cachet

Téléphone :



## DOSSIER INFIRMIER

Destination :

.....  
.....

Collez ici l'étiquette d'identification du patient

Observé à la demande d'admission

Date : .....

Motif d'hospitalisation : .....

Motif de transfert : .....

Numéros de téléphone et coordonnées de la famille ou des proches : .....

.....

### ACTIVITE ET EXERCICE :

Autonomie = 1 Autonome / 2 Aide de soutien / 3 Aide partielle / 4 Dépendance totale

Niveau d'aide	Items
1 2 3 4	Boire et manger
1 2 3 4	Se laver : <input type="checkbox"/> au lit / <input type="checkbox"/> au lavabo
1 2 3 4	Se vêtir et soigner son apparence
1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes / <input type="checkbox"/> Chaise percée
1 2 3 4	Se déplacer dans le lit
1 2 3 4	Effectuer des transferts – <i>Aide nécessaire</i> :
1 2 3 4	Marcher – <i>Aide nécessaire</i> :

### PARTICULARITE LOCOMOTRICE

sans appui    appui partiel Gou Dr    appui total    attelle    orthèse    plâtre  
 traction

### LOCALISATION :

.....  
.....



## COGNITION ET PERCEPTION

<b>Etat mental</b>	<input type="checkbox"/> alerte	<input type="checkbox"/> troubles mnésiques	<input type="checkbox"/> confusion
<b>Orientation spatio-temporelle</b>		<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> perturbée (svt – prfs – tjrs)
<b>Sécurité</b>	<input type="checkbox"/> risque d'errance	<input type="checkbox"/> barrière de lit	
	<input type="checkbox"/> contention physique (Type.....)		
<b>Comportement</b>	<input type="checkbox"/> apathie	<input type="checkbox"/> agressivité	<input type="checkbox"/> agitation nocturne (svt-prfs-tjs)
<b>Elocution</b>	<input type="checkbox"/> facile	<input type="checkbox"/> dysarthrie	<input type="checkbox"/> incompréhensible <input type="checkbox"/> aphasie
<b>Degré d'anxiété</b>	<input type="checkbox"/> faible	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> panique
<b>Déficiência visuelle</b>	<input type="checkbox"/> droite / <input type="checkbox"/> gauche	<b>Cécité</b>	<input type="checkbox"/> droite / <input type="checkbox"/> gauche
		<b>Lunettes</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Déficiência auditive</b>	<input type="checkbox"/> droite / <input type="checkbox"/> gauche	<b>Appareil auditif</b>	<input type="checkbox"/> non / <input type="checkbox"/> oui
<b>Vertiges</b>	<input type="checkbox"/> si oui, à quel moment .....		
<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> Aérosol (composition) .....		
<input type="checkbox"/> Oxygène .....	litres / minute	<input type="checkbox"/> Continu	<input type="checkbox"/> Discontinu <input type="checkbox"/> Trachéotomie
<input type="checkbox"/> Autre .....	.....		
<b>Elimination intestinale</b>			
Date des dernières selles .....	.....		
<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/> incont. occas	<input type="checkbox"/> incont. continue
<input type="checkbox"/> colostomie	<input type="checkbox"/> iléostomie	Type : (matériel nécessaire) .....	
<b>Elimination urinaire</b>			
<input type="checkbox"/> pollakiurie	<input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> nycturie	<input type="checkbox"/> hématurie	<input type="checkbox"/> rétention
<input type="checkbox"/> oligurie			
Incontinence	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> diurne	<input type="checkbox"/> nocturne	
Appareillage	<input type="checkbox"/> protection jour	<input type="checkbox"/> protection nuit	
<input type="checkbox"/> cystocath	<input type="checkbox"/> urostomie	<input type="checkbox"/> sonde à demeure + date de placement .....	
<b>Diurèse du jour :</b>	..... ml (Notez uniquement le jour du transfert)		
<b>Nutrition, métabolisme et hydratation</b>			
Appétit :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> augmenté	<input type="checkbox"/> diminué <input type="checkbox"/> nausées <input type="checkbox"/> vomissements
Variation de poids ces 3 derniers mois :	<input type="checkbox"/> si oui ..... kg pris / perdus <input type="checkbox"/> obésité		
Dysphagie :	<input type="checkbox"/> oui, solides	<input type="checkbox"/> oui, liquides	
<input type="checkbox"/> risque de fausse déglutition	<input type="checkbox"/> prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas		
<input type="checkbox"/> gastrostomie	<input type="checkbox"/> NPT		
Programme alimentaire	<input type="checkbox"/> + spécifiez (Notez ici le type de Régime).....		
Alimentation par sonde : date de placement .....	.....		
Produit .....	QTT / 24h .....	<input type="checkbox"/> essai réalimentation	



### Infections à germes multi résistants

Site : .....

Isolement:  oui /  non

MRSA       Bactéries ESBL       Clostridium difficile

autre : .....

Dernier frottis : .....

### Métabolisme et téguments

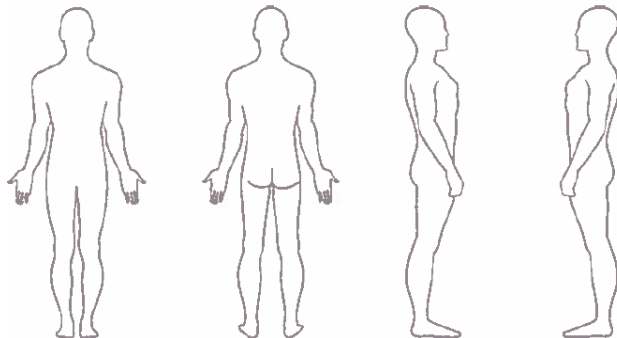
Score de NORTON ..... / 20

Escarre + localisation .....

Lésion et plaie chirurgicale ..... Fils ..... A ôter le.....

Type de pansement : .....

Situation du (des) pansement(s):



Prochaine consultation Dr ..... Date..... Hrs : .....

Transmission ciblée (dossier infirmier) :

Particularités :

Coordonnées de l'infirmière :

Nom : .....

*Signature*

Unité de soins : .....

Téléphone : .....



**DOSSIER D'ADMISSION : KINESITHERAPIE** (à remplir par les kinésithérapeutes)

---

**BILAN MOTEUR**

---

**MARCHE :**

- Appui complet,  appui partiel (g. ou dr.),  appui interdit (g. ou d.)  
 Seul, sans aide

**Si avec aide, préciser :** .....

**Transferts :** .....

**Escaliers :** .....

**Techniques spécifiques :** .....

**Assistance technique :** .....

**Traitement souhaité :** .....

**Objectifs de traitement :** .....

Le patient bénéficie-t-il d'une reconnaissance de pathologie lourde ?

Si oui, joindre une photocopie.

Si une assistance matérielle a été prévue ou commandée, pouvez-vous préciser les firmes et les dates de commande ?