

**DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE**

Date de la demande :

Personne de contact :

N° de tél :

Médecin demandeur de l'hospitalisation :

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR  
LA FAMILLE OU TOUT AUTRE INTERVENANT SOCIAL**

**Avant toute analyse du dossier, il est indispensable que nous disposions de tous les rapports de consultations/hospitalisations antérieurs concernant le patient.**

***IDENTIFICATION DU PATIENT***

Nom, prénom :

Date de naissance :

Numéro national :

Sexe :            Masculin            Féminin

Adresse :

Tél. personne de contact prioritaire :

Situation familiale :

Vit avec ses deux parents

Parents séparés garde alternée ou garde principale chez :

Vit en internat la semaine et en famille le week-end

Vit en famille d'accueil

Est placé en institution, maison d'enfant, SRJ :

Autre :

Nationalité :



**DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE**

<p><b>DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN</b></p>
---

Nom, prénom du patient :

Date de naissance :

**MOTIF DE DEMANDE D'HOSPITALISATION**

Bilan

Revalidation

Dans le cadre de :

Pathologie et lésions neurologiques (pathologies inflammatoires, infectieuses, vasculaires, traumatisme) : précisez :

Bilan et prise en charge d'épilepsie : précisez :

Troubles des apprentissages : précisez :

Troubles neuro-développementaux : précisez :

Post-op de patient présentant une pathologie neurologique : précisez :

**ATTENTES DU DEMANDEUR**





**CENTRE HOSPITALIER NEUROLOGIQUE  
WILLIAM LENNOX**

GROUPE HOSPITALIER  
**SAINT-LUC • UCL**

**Dans le cadre d'une hospitalisation dans notre département de neuropédiatrie, nous avons la possibilité d'obtenir le « forfait complémentaire de rééducation » via une convention de rééducation fonctionnelle auprès de l'INAMI.**

Cela nécessite, de la part du médecin spécialiste prescripteur (et non du médecin assistant), de compléter le nom, le numéro d'identification INAMI, sa signature ainsi que le diagnostic à la page 1 des documents médicaux ci-joints pour toute demande d'admission.

**En vous remerciant,**



**DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE**

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR  
LE SERVICE INFIRMIER**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

**Communication verbale :**

Adéquate

Difficile

Absente

**Communication non verbale :**

Outil :

Méthode :

**Comportement :**

Désorientation spatio-temporelle

Risque de fugue

Agitation nocturne

Agressivité

Assuétude(s) :

Difficultés relationnelles

Commentaires :

**Mobilisation :**

Autonome

Avec aide : 1 personne

K-walker

Buggy

Chaise roulante

Autre :

Très dépendant : Lever

Possible : Durée :

Impossible

**Respiration :**

Normale

Aspiration :                      Fréquence :

Aérosol :

Oxygène :

Trachéo :                      Type :

Placée ou changée le :

**Alimentation :**

Autonome

Aide partielle

Aide complète

Troubles de la déglutition

Habitudes

Sonde gastrique : placée ou changée le :

Gastrostomie : placée ou changée le :

Gavage : Type :

Fréquence :

Matériel spécifique :

**Régime** : Déjeuner / Souper :

Goûter :

Dîner :

Consistance :

Allergie :

**Hygiène :**

Autonome

Aide partielle

Aide complète

**État cutané :**

Escarre :                      Stade :

Localisation :

Plaie :                      Type :

Localisation :

**Habillage :**

Autonome

Aide partielle

Aide complète

**Élimination :**

Urines :	Contenance J/N	Incontinence J/N
Selles :	Contenance J/N	Incontinence J/N
	Constipation	Diarrhée
Lange :	Jour	Nuit
Menstruations :	Oui	Non

**Sommeil :**

Habitudes :  
Sieste :  
Lit cage  
Lit            Avec barreaux  
                 Sans barreaux  
Orthèse totale de nuit :

**Infection :**

Type :  
Isolement :            Oui            Non  
Précautions additionnelles :

**Informations complémentaires :**

Date :

Hôpital :

Service :

Nom de l'infirmier(e) :

Tél. du service :