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 : Numéro carte identité :

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 :

Contacts parents :

1 Nom : lien de parenté :

Adresse :

Tel : Mail :

2 Nom : lien de parenté :

Adresse :

Tel : Mail :

Parents prévenus de la demande d'hospitalisation : ☐ **oui** ☐ **non**

Accord parental / responsable légal pour l'hospitalisation : ☐ **oui** ☐ **non**

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Mutuelle :

Assurance :

C.P.A.S. de :

Personne de contact :

Autre : (centre Fedasil, Communautés européennes, ...) :

Personne de contact :

***INSTITUTION ou SERVICE* :**

☐ SAJ :

☐ SPJ :

Nom du/de la délégué(e) :

REMARQUES PARTICULIERES (projet post-hospitalier, démarches en cours, …)

Nom de la personne ayant rempli le document :

Tél. : Adresse mail :

Date :

DEMANDE D'ADMISSION EN PEDIATRIE

DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LE MEDECIN

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

ANTECEDENTS

TRAITEMENT EN COURS

DEGRE D'AUTONOMIE :

Aide à l'alimentation ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Aide à la mobilisation : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Assistance respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Propreté acquise : Jour : ☐ Oui ☐ Non

Nuit : ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

TROUBLES DU COMPORTEMENT ASSOCIES EVENTUELS (violence, fugues, comportement sexualisé, risque suicidaire…) :

Afin de faciliter notre prise de décision, tout renseignement complémentaire jugé pertinent et/ou rapports médicaux/paramédicaux antérieurs nous seront utiles.

Date :

Nom, prénom du médecin :

Tél. : Adresse mail :

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,

Rapport médical

A annexer au « formulaire de demande d'intervention dans le coût des prestations de rééducation »

Réf. : 7.84.501.35

CHN William Lennox
Allée de Clerlande, 6
1340 Ottignies

Données administratives

Identification du bénéficiaire :
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° NISS :
Numéro du dossier INAMI :

Période d'intervention de l'assurance :

Période demandée : du au

Première demande

Données médicales

1°Nom et numéro d'identification INAMI du médecin spécialiste qui a demandé la rééducation :

2°Diagnostic posé par le médecin qui a demandé la rééducation (copie jointe en annexe) :

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 : ☐ Continence J/N ☐ Incontinence J/N

Selles : ☐ Continence 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 :