



Date:

DEMANDE D'ADMISSION

Mme M-J Servais
Tél. : 085/519289
Fax : 085/410315
Email : mj.servais@cnrf.be

1

Données administratives

1. Identification du patient :

Nom : Prénom : H / F
Date de naissance : Téléphone :
Adresse :

Etat Civil : célibataire Nationalité :

2. Données mutuelle :

Mutuelle : en ordre : non / oui
N° Mutuelle :
N° National : CT1 / CT2

3. Personne de contact :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : - Téléphone :

4. Intervention de Cie d'assurance :

Accident de travail / Accident de la route
Date de l'accident : Dossier n° :
Nom et adresse de la Cie d'assurance :

5. Médecin introduisant la demande : N° INAMI :

Médecin traitant ou spécialiste :
Adresse (ou localité) :

6. Souhaits du patient :

Type de chambre : chambre individuelle (1 lit) Date d'hospitalisation :
Orientation après le séjour: Domicile / MR-MRS / Convalescence / Autre institution

Données sociales

Réquisitoire CPAS : non / oui

Contact familial :
Nom : Prénom :
Lien de parenté : - Téléphone :
Adresse :

Situation professionnelle :

Administrateur de biens : non / oui / démarches en cours
Coordonnées :

Assistante sociale de référence : Nom : - Téléphone :



DEMANDE D'ADMISSION

2

Données médicales

1. Diagnostic :

Diagnostic motivant la demande d'hospitalisation :

Date du début de la maladie :

Intervention chirurgicale réalisée en date du : :

Antécédents médicaux et chirurgicaux les plus importants :

2. Etat actuel du patient et pronostic fonctionnel :

Mesures d'isolement : non :
oui : judiciaire / médical / infectieux

Germes :

3. Traitement :

Traitement médical en cours :

Traitements rééducatifs actuels et à prévoir :

- Numéro de nomenclature INAMI :
- Le patient bénéficie t-il d'une reconnaissance de pathologie lourde ? non / oui
(Si oui, joindre une photocopie)

4. But de l'hospitalisation :

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique aiguë

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection orthopédique

Appui autorisé : non : jusqu'au :
oui : complet / partiel (kg)

Revalidation pluridisciplinaire intensive d'une affection neurologique chronique (SEP, Parkinson, SLA, atrophie multi-systémique, ...)

Autre (après contact avec le médecin du CNRF)



DEMANDE D'ADMISSION

3

Données infirmières

Service d'hospitalisation : - Tél. :

1. **Alimentation** : Autonome

Per os : Soutien logistique (couper la viande, beurrer les tartines, ...)
 Aide partielle (boire / manger
 Aide complète
 Régime : préciser :

Par sonde : naso-gastrique / gastrostomie / jéjunostomie
date de mise en place :

Parentérale non / oui

2. **Mobilité** : Autonome

Lit strict : non
oui jusqu'au :

Transferts : sans aide / accompagnement / aide partielle / aide complète

Aide technique : non / oui préciser :

Appareillage : non / oui préciser :

3. **Hygiène** : Autonome

Soutien logistique
 Aide partielle
 Aide complète

4. **Elimination** : Autonomie urinaire / fécale

Urinaire :

continence avec soutien / incontinence

Présence de :

stomie
 cathéter sus pubien
 sonde vésicale
 sondage intermittent

Fécale :

continence avec soutien / incontinence

Présence de stomie



5. Soins de plaies :

Plaie suturée et/ou orifice de redon :

	Localisation
Plaie n°1	
Plaie n°2	
Plaie n°3	

Plaie ouverte (escarre, ulcère, ...)

Type	Localisation

Lésion dermatologique (gale, urticaire, psoriasis, ...)

Type	Localisation

6. Respiration :

Oxygénothérapie : non / oui
Convention : non / oui depuis le

Ventilation artificielle : respirateur / BIPAP / CPAP
Convention : non / oui depuis le

Trachéotomie : non / oui depuis le

7. Corpulence :

normale / obésité / maigreur - (poids : kg)

8. Psychologie clinique :

humeur normale / état dépressif / humeur anxieuse /
autres troubles :

9. Neuropsychologie :

trouble cognitif / agitation / confusion / démence / risque de fugue / apathie