



CENTRES HOSPITALIERS
JOLIMONT ASBL

Centres Hospitaliers Jolimont asbl

siège social: Rue Ferrer, 159 - B-7100 Haine-Saint-Paul
064/23.30.11 - www.jolimont.be

DEMANDE DE TRANSFERT EN REVALIDATION – H0 et H1

Hôpital de Jolimont
SERVICE DE
REVALIDATION

H0 Revalidation
Neurologie
Locomoteur

Tél. : 064/23.57.80
Fax : 064/23.57.82

Dr S. BOULVIN
(Neurologue)

Dr F. EMBRECHTS
(Généraliste Hospitalier)

Dr V. RODRIGUE
(Médecine Physique)

Docteur B. FONTEYN
(Médecine physique)

H1 Revalidation
Gériatrie
Pneumologie

Tél. : 064/23.58.90
Fax : 064/23.57.82

Dr S. ABDEL KAFI
(Pneumologue)

Dr G. LAURENT
(Généraliste Hospitalier)

Dr V. RODRIGUE
(Médecine Physique)

Secrétariat

Mme FIANDACA R.
Tél. : 064/23.57.81

VIGNETTE PATIENT ET SERVICE DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

AFFECTION MOTIVANT LA REVALIDATION

Date de début :

.....
.....
.....
.....

AFFECTION(S) ANNEXE(S) EN COURS DE STABILISATION

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....
.....
.....

Chirurgicaux :

.....
.....
.....

Assuétudes : 0 alcool 0 tabac 0 médicaments

.....

Allergie :

.....

VOLET NURSING

Poids : **Taille**.....

Hygiène : Toilette : 0 autonome 0 aide partielle 0 aide totale

Habillage : 0 autonome 0 aide partielle 0 aide totale

Continence : Urines : 0 continent

0 incontinence jour 0 incontinence nuit

0 sonde à demeure placée ou changée le :/...../.....

0 cystocath placé ou changé le :/...../.....

Selles : 0 continence 0 incontinence

Autonomie : Marche : 0 autonome 0 aide partielle : 0 grabataire

Transfert : 0 autonome 0 aide partielle : 0 grabataire

Degré d'appui autorisé : 0 total 0 partiel 0 sans appui

Alimentation : Régime

Texture : 0 normale 0 moulu 0 mixé

Trouble de déglutition : 0 nul 0 stade

Sonde naso-gastrique ou gastrotomie placée le/...../.....

Comportement : 0 désorientation temps/espace 0 apathie

0 agitation diurne 0 agitation nocturne

0 fugue 0 agressivité

0 confusion 0 sans particularité

Soins infirmiers : Escarre/plaie :

Respiration : 0 oxygénothérapie 0 aspiration 0 trachéostomie

Autres renseignements utiles :

Téléphone poste infirmier :

VOLET SOCIAL

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Mutuelle :

Personne de contact :

Nom : Lien :

Téléphone : GSM :

Lieu de vie avant hospitalisation :

0 vit seul 0 vit avec/chez :

0 maison avec étage 0 maison de plain-pied 0 appartement 0 ascenseur

Aide(s) préexistante(s) avant hospitalisation : 0 oui 0 non

Si oui : 0 aide familiale 0 aide ménagère

0 repas chaud

0 infirmière 0 kiné 0 logopède

0 télévigilance

0 entourage familial

0 autre

Projet du patient au terme de la revalidation :

0 domicile seul 0 domicile avec 0 placement MR / MRS

Type de chambre souhaité :

0 commune (2 lits) 0 particulière

Coordonnées du médecin-traitant : nom/tél**Téléphone et nom de l'assistante sociale :**