

1^{RE} DEMANDE

DEMANDE DE PROLONGATION

ATTESTATION MÉDICALE POUR SÉJOURS DE SOINS

À remplir par le médecin traitant

Il est impératif de compléter toutes les questions pour que le dossier puisse être traité sans demande d'information complémentaire

JE,, MÉDECIN TRAITANT DE :

MME/M. : NOM (JEUNE FILLE) :

PRÉNOM : VIGNETTE

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

1. CONFIRME QUE L'INTÉRESSÉ(E) QUI NE PRÉSENTE PAS UN RISQUE DE CONTAGION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU POUR LES AUTRES RÉSIDENTS ET QUI NE SOUFFRE PAS D'UNE INFECTION MULTIRÉSISTANTE

- souffre de la maladie d'Alzheimer (ou démence similaire) : OUI : NON :
- souffre d'une affection mentale ou nerveuse nécessitant un suivi médical : OUI : NON :
- souffre de désorientation dans le temps et/ou l'espace : OUI : NON :
- présente des troubles qui sont de nature à perturber l'ordre : OUI : NON :
- présente une affection médicale ou chirurgicale ayant une hospitalisation classique ou de jour : OUI : NON :
Date de l'hospitalisation : du au
- a suivi (ou suit) un traitement lourd = radiation ionisante et/ou chimiothérapie : OUI : NON :
- est soumis à des séances de dialyse : OUI : NON :
- présente une pathologie invalidante : OUI : NON :
- **Diagnostic** :

- a besoin des soins suivants : (marquer d'une croix les soins requis et leur fréquence)

	PAS DE BESOIN	PLUSIEURS FOIS/ SEMAINE	UNE FOIS/ JOUR	PLUSIEURS FOIS/ JOUR
SOINS INFIRMIERS (AUTRES QUE TOILETTE)				
SOINS POUR INCONTINENCE				
KINÉSITHÉRAPIE				
PRISE DE MÉDICAMENTS (AIDE OU SURVEILLANCE)				
OBSERVATION DE NUIT				

2. DÉCLARE QUE L'INTÉRESSÉ(E)

- a besoin d'aide dans l'accomplissement des **actes de la vie journalière** : se laver, s'habiller ou se déshabiller, utiliser les toilettes, s'alimenter ou effectuer les transferts (ex. du lit au fauteuil) : OUI : NON :
- que cette aide est assumée quotidiennement par un proche : OUI : NON :
- que l'intéressé manque temporairement d'aide satisfaisante dans son entourage immédiat : OUI : NON :

Durée recommandée du séjour : 7 jours - 14 jours - 21 jours

Cachet

Date et signature

ATTESTATION MÉDICALE POUR SÉJOURS DE SOINS

À L'ATTENTION DU MÉDECIN-CONSEILLER

À JOINDRE À LA DEMANDE ADMINISTRATIVE

Concerne : Nom :
Prénom :
Adresse : **VIGNETTE**
.....

ACCORD MÉDECIN - CONSEILLER :

TYPE BESOIN DE SOINS :
PRIORITÉ : P1 P2 P3 - DURÉE : 7 jours - 14 jours - 21 jours
DATE - SIGNATURE :

Pour toute demande de prolongation :

Mme/M. :
demande la prolongation de son séjour de soins dans l'établissement suivant :
.....
Date et signature :

* La demande de prolongation doit obligatoirement être introduite durant le séjour pour lequel un accord a été donné