



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'OCTROI D'UN SÉJOUR DE SOINS

**1<sup>er</sup> VOLET : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (en lettres majuscules, svp)**

### 1. IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE ou vignette

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

**VIGNETTE**

N° AFFILIATION MUTUALITÉ : ..... NÉ(E) LE : ..... / ..... / .....

☎ ..... GSM : .....

### Personne de contact (pour le suivi de la demande)

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

☎ ..... GSM : .....

### 2. BESOIN D'AIDE DANS L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTES DE LA VIE JOURNALIÈRE (AVJ) :

Indiquer par une croix, quelle est votre situation ?

	J'en suis CAPABLE sans aide	J'en suis capable avec une aide partielle	J'en suis INCAPABLE de le faire
Vous lever - vous coucher			
Manger			
Aller à la toilette			
Vous laver			
Vous (dés) habiller			
Prendre les médicaments *			
Vous déplacer			

\* N'oubliez pas de vous munir de vos prescriptions médicales, de votre carte SIS ou carte d'identité, de vignettes, et de vos médicaments pour le séjour.

### 3. CRITÈRE D'ISOLEMENT SOCIAL POUR L'ACCOMPLISSEMENT DES AIDES À LA VIE JOURNALIÈRE :

- Votre séjour a-t-il pour but d'organiser les aides et soins avant votre retour à domicile ? ..... OUI  NON
- Votre séjour a-t-il pour but de donner du répit à l'aidant proche qui vous aide quotidiennement ? ..... OUI  NON
- Votre séjour a-t-il pour but de trouver une solution à l'absence temporaire de celui ou ceux qui habituellement vous aident pour les actes énoncés au tableau 2 ? ..... OUI  NON

## Cadre 1 : SÉJOUR RÉSIDENTIEL EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS

### QUELLE MAISON DE REPOS ET QUELLES DATES DE SÉJOUR AVEZ-VOUS CHOISIES ?

DATE DU SÉJOUR : du ...../...../..... au ...../...../.....

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT .....

NUMÉRO AGRÉATION.....

Localité ..... Code postal .....

Rue .....

Adresse mail .....

### POUR VOTRE ENTRÉE EN MAISON DE CONVALESCENCE :

- Au quotidien, utilisez-vous une voiturette pour vos déplacements ?..... OUI  NON

- Durant votre séjour, aurez-vous besoin de matériel adapté ?..... OUI  NON   
(par exemple : béquilles, chaise roulante, cadre de marche, perroquet...)

- Aurez-vous besoin de soins infirmiers ? \* ..... OUI  NON

- Aurez-vous besoin de kinésithérapie ? \* ..... OUI  NON

- Aurez-vous besoin d'un suivi particulier pour :

désorientation     déficit visuel     régime alimentaire     incontinence     transports

- Aurez-vous besoin de soins à domicile à votre retour ?..... OUI  NON

### ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT PROCHE DURANT VOTRE SÉJOUR DE SOINS :

La personne de votre entourage qui vous apporte habituellement l'aide nécessaire séjournera-t-elle avec vous dans l'établissement choisi ?..... OUI  NON

Si oui, demandez-vous l'intervention complémentaire pour l'accompagnement par cet aidant proche ?..... OUI  NON

Nom de l'aidant : ..... Prénom.....

Lien avec le bénéficiaire : .....

N° affiliation.....

## Cadre 2 : SÉJOURS BALUCHON ALZHEIMER

Ce séjour aura lieu à votre domicile, en l'absence de l'aidant proche et sera encadré par

l'asbl « Baluchon Alzheimer Belgique ». DATE DU SÉJOUR : du ...../...../..... au ...../...../.....

## Cadre 3 : ACCUEIL DU PATIENT EN CENTRE DE SOINS DE JOUR

**COORDONNÉES DU CENTRE DE SOINS DE JOUR :** Nom : .....

Numéro agréation : .....

Adresse : .....

### FRÉQUENCE DE VOTRE ACCUEIL AU CENTRE DE SOINS DE JOUR :

Le patient se rend ..... fois par semaine au centre de soins de jour.

**ou** date du séjour : ...../...../..... au ...../...../.....

Le règlement « Séjour de soins » peut être obtenu sur simple demande auprès du service social.

**Date et signature du demandeur**