

CONSIGNES DE PRE ADMISSION

Vous allez être hospitalisé au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation La LOUVIERE.

Vous trouverez dans ce document, les informations utiles à la préparation et au bon déroulement de votre séjour.

VOTRE ADMISSION

Quand venir ?

Les admissions se font à partir de 10h30 et obligatoirement avant 15h00, dans le bureau d'accueil.

PENSEZ A VOUS MUNIR

1. LES DOCUMENTS

- votre carte d'identité
- votre carte Vitale
- votre carte d'adhérent à une mutuelle
- votre attestation CMU (Couverture Maladie Universelle)



2. LES MÉDICAMENTS

- l'ordonnance établie par votre établissement d'origine ou votre médecin traitant
- **NE PAS AMENER VOS MÉDICAMENTS**, sinon ils seront jetés.



3. L'ARGENT

Les frais d'hospitalisation seront directement remboursés à la Louvière par les organismes concernés cependant vous pourrez avoir à régler :

- Le forfait journalier (20 euros par jours)
- Le ticket modérateur si votre prise en charge est à 80%
- Le supplément de chambre particulière si elle n'est pas prise en charge par votre mutuelle
- Les frais divers : forfait multimédia 30€ (TV- téléphone – wifi) - coiffeur - pédicure
- 30 euros de caution (en chèque ou espèce) pour la clé de votre chambre et télécommande TV (cette caution vous sera restituée en fin de séjour, sauf en cas de perte ou de casse)



4. LES AFFAIRES PERSONNELLES

N'oubliez pas tout ce qui peut être indispensable à votre confort

- Nécessaire de toilette (dont serviettes et gants)
- Linge personnel (robe de chambre, chaussons, pyjamas, mais également tenues de ville)
- Nous vous recommandons d'éviter d'apporter des objets de valeur (bijoux...) ou de fortes sommes d'argent
- **Nous vous rappelons qu'il est interdit d'introduire de l'alcool ou des objets dangereux dans l'établissement.**



Toutefois, vous pourrez au moment de votre admission, déposer argent, objets précieux dans le coffre de l'établissement. Vous pourrez les retirer du lundi au vendredi de 9h à 10h et de 16h à 16h30 auprès du personnel du bureau d'accueil.

L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de l'argent non déposé.

À votre sortie, les objets déposés vous seront restitués contre décharge, sur présentation du récépissé.

INFORMATIONS :

Afin de garantir le fonctionnement de l'établissement ainsi que le bon déroulement de vos soins, le déroulement de vos journées est le suivant :

- matinée consacrée aux soins
- 13h30 à 15h00 temps de repos conseillé
- 15h00 à 18h30 temps d'animation ou temps dédié aux visites.

Merci d'en informer vos visites

**Nous vous souhaitons un prompt et complet rétablissement.
Le personnel de La LOUVIERE**

2- DEVENIR ENVISAGE DU PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR EN SSR :

- à évaluer
- retour à domicile sans aide
- retour à domicile avec aide(e)
- Aides à domicile existantes :
préciser :
- Aides à prévoir
- démarches en cours : Observations :
- placement
- relogement

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:

Médecin traitant : Service d'hospitalisation :

Praticien Hospitalier :

Motif de l'hospitalisation à la Louvière :

.....

Poids : Taille : IMC :

Si la demande en SSR fait suite à une PTG, PTH, LCA ou une coiffe des rotateurs :

Veillez cocher au moins un critère d'éligibilité du patient à une hospitalisation en SSR :

- Des complications locales, régionales ou générales.
- Des pathologies associées.
- Pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile en postopératoire.
- Un logement inaccessible.
- Un score ASA > ou = 3
- Des difficultés de compréhension du patient lors de la consultation préopératoire à propos du geste chirurgical, des complications et des consignes postopératoires.

Prise en charge médicale et/ou chirurgicale :

Porteur de germe multi résistant : OUI NON Site :

Isolement : OUI NON Le germe :

Objectifs du séjour en service de SSR :

- Suite de traitement spécifique
 - Rééducation fonctionnelle
 - Fin de vie soins palliatifs
 - Amélioration de l'autonomie
 - Education thérapeutique
 - Autre : Préciser :
- Attente de placement
 - A la demande du patient
 - Prise en charge psychothérapeutique :
 - Addictologique
 - Santé mentale

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

Allergie(s) :

Traitement actuel :

.....

.....

.....

.....

Merci de joindre une ordonnance au dossier.

4- SOINS ASSOCIES :

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> pansements : <i>préciser</i> | <input type="checkbox"/> colostomie | <input type="checkbox"/> kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> perfusions | <input type="checkbox"/> rééducation | <input type="checkbox"/> ergothérapie |
| <input type="checkbox"/> voie centrale | | <input type="checkbox"/> orthophonie |
| <input type="checkbox"/> O2 posologie : | | <input type="checkbox"/> diététique |
| <input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> prévention <input type="checkbox"/> soins | <input type="checkbox"/> éducation | <input type="checkbox"/> stomie |
| <i>Préciser :</i> | | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> trachéotomie | | |

Mesures Préventives :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> matelas anti-escarre | <input type="checkbox"/> barrières de protection | <input type="checkbox"/> bas de contention |
| <input type="checkbox"/> sangle de maintien | <input type="checkbox"/> notion de chute dans les 6 derniers mois | |

5-AUTONOMIE ACTUELLE :

Déplacements :

- seul(e)
- seul(e) avec appui : cannes
 déambulateur
 rollator
- seul(e) en fauteuil roulant :
 manuel
 électrique
- avec l'aide d'un tiers
- en fauteuil roulant avec un tiers
- non autorisés
- Impossibles

Transferts :

- se lève, s'assied et se couche seul(e)
- seul(e) avec stimulation
- aide pour lever et coucher
- aide pour transferts assis-assis
- aide totale

Toilette :

- seul(e) et spontanément
préciser
- seul(e) avec stimulation
- aide partielle : *préciser*
- aide totale

Habillage/déshabillage :

- seul(e) et spontanément
- seul(e) avec stimulation
- aide partielle : *préciser* :
- aide totale
- aide à la mise en place d'un appareil orthopédique

Elimination :

- | | Urines | Selles |
|------------------|---|---|
| Continent(e) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Occas. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Nocturne | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Perman. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Protections | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Sonde | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Psychisme :

- sans problème
- désorientation temporelle
 spatiale
 temporo-spatiale
- troubles amnésiques :
 modérés
 majeurs
- troubles du comportement :
 passivité mélancolie anxiété
 agressivité verbale physique
 dépression délires fugue
 agitation jour/nuit
- autre(s)

Repas :

- seul(e) et spontanément
- seul(e) avec stimulation
- seul(e) mais aliments préparés
- aide totale
- sonde *préciser* :
- régime alimentaire : normal / diabétique/
sans fibre/ Autre :

Signature I.D.E. :

Signature et cachet du médecin :