Service convalescence
Boulevard Louis Mettewie 74-76
1080 Bruxelles
Tel 02-549 76 70
E-mail dap@partenamut.be

CONFIDENTIEL

Numéro de dossier:
N.R.N.:

1ère demande ☐	Demande de prolongation ☐

2ième VOLET: ATTESTATION MEDICALE POUR SEJOUR DE CONVALESCENCE

A remplir par un médecin et à renvoyer au service convalescence
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/Prénom: .....
Date de naissance: .....

VIGNETTE

DIAGNOSTIC:	

1. Confirme que l'intéressé(e):

- présente un risque de contagion: OUI ☐ NON ☐
- souffre d'une affection multirésistante: OUI ☐ NON ☐
- 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 ☐
- La situation du patient est-elle compatible avec un séjour de type « hôtelier » ? OUI ☐ NON ☐
- présente une affection médicale ou chirurgicale ayant nécessité une hospitalisation classique ou de jour: OUI ☐ NON ☐

  Date de l'hospitalisation: .....
- a suivi (ou suit) un traitement lourd = radiation ionisante et/ou chimiothérapie: OUI ☐ NON ☐

  Date des derniers traitements: .....
- est soumis à des séances de dialyse: OUI ☐ NON ☐
- présente une pathologie invalidante: OUI ☐ NON ☐
- a besoin des soins suivants:

	Pas de besoin	Plusieurs fois/sem.	Une fois/jour	Plusieurs fois/jour
Soins infirmiers (autres que toilette)				
Soins pour incontinence				
Kinésithérapie				
Prise de médicaments				
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 l'intéressé(e) manque temporairement d'aide satisfaisante dans son entourage immédiat: OUI ☐ NON ☐

Durée recommandée du séjour: 7 jours ☐ 14 jours ☐ 21 jours ☐ 28 jours ☐

Cachet **Date et signature**

Service convalescence
Boulevard Louis Mettewie 74-76
1080 Bruxelles
Tel 02-549 76 70
E-mail dap@partenamut.be

CONFIDENTIEL

Numéro de dossier:
N.R.N.:

ATTESTATION MEDICALE POUR CONVALESCENCE

A L'ATTENTION DU MEDECIN-CONSEILLER

A JOINDRE A LA DEMANDE ADMINISTRATIVE

Mme/M.: Nom/Prénom: .....
Date de naissance: .....

VIGNETTE

Décision:

Type besoin de soins: .....

Priorité: P1 P2 P3

7 jours ☐ 21 jours ☐
14 jours ☐ 28 jours ☐

Motif refus/suspens : .....

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.