

**Hôpital Erasme - Erasme Ziekenhuis**  
Route de Lennik 808 Lenniksebaan  
B - 1070 Bruxelles | Brussel  
T +32 (0)2 555 31 11  
M contact.erasme@hubruelles.be  
S www.erasme.be

**CRG - ERASME**  
**Centre de Revalidation Gériatrique**  
Rue de la Charrette 27 - B - 1200 Bruxelles  
T +32 (0)2 777 23 38  
M admission.CRG.erasme@hubruelles.be



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
DE BRUXELLES  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS  
BRUSSEL



## Demande d'admission au centre de revalidation

→ Vignette de mutualité :

Mutualité ou assurance (UE, OTAN,...) :

Numéro d'inscription :

Code :     /

### → Identification du patient (en majuscules svp)

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / **19** .....      **Age :** ..... **ans**

**Sexe :**  Masculin  Féminin      **Nationalité :** .....

**Langue(s) :**  Français  Néerlandais  Anglais  Autre : .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** .....      **Lieu :** .....

**Téléphone :** .....

### → Hôpital où se trouve le patient

Hôpital :	Service :
	Depuis le :
Médecin hospitalier responsable :	Téléphone direct :
Assistant social hospitalier :	Téléphone direct :



→ **Caractéristiques actuelles du patient** (cocher les cases)

	Oui	Non	Précision si nécessaire
Âge > 75 ans			
Etat médical stable			
Appui partiel			Si interdit → jusque
Potentiel de revalidation			
Soins de suite sans revalidation			
Retour à domicile prévu			
Vit seul(e)			
Placement probable			Souhaité par <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Médecin
Placement déjà demandé			Si oui, où ?
Comportement adéquat			
Contagiosité connue			

→ **Type de chambre souhaitée**

1 lit  2 lits

→ **Médecin généraliste**

Nom :

Tél/gsm :

→ **Motif médical de demande de revalidation au CRG** (veuillez joindre les protocoles et rapports d'hospitalisations récents)

Diagnostic justifiant la demande :

Description de l'état actuel, au moment de la demande et situation à domicile :

→ **Décision de revalidation (cocher les mentions exactes)**

Patient  Famille  Médecin      Accord du patient :  Oui  Non

Demande pour revalidation :  Immédiate  À partir du .....

→ **Situation sociale du patient**

**Personne de contact** : Nom : .....

Adresse:.....

Téléphone / GSM : .....      Parenté : .....

→ **Éléments cliniques généraux (cocher vos réponses)**

**Taille** : .....cm - **Poids** : .....kg - **Modification en un an** : ..... kg

**Appétit** :  Conservé  Diminué  Sonde gastrique

**Mobilité** :  Grabataire  Fauteuil roulant  Marche avec aide  Autonome

**Incontinence urinaire** :  Nocturne  Diurne  Sonde urinaire

**Incontinence fécale** :  Nocturne  Diurne

**Etat cutané** :  Normal  Escarres : si oui, localisation : .....

**Etat psychique** :  Normal  Déclin cognitif  Confusion  Désorientation

Agressivité  Démence profonde  Communication impossible

→ **Antécédents actifs (indiquer l'année d'apparition)**

Médicaux:	Chirurgicaux:
-----------	---------------

→ **Date de la demande :**

Signature et cachet du medecin demandeur:

Demande complète reçue par le service d'admission du CRG le:		
Décision prise le:		Communiquée le:

## → Documents à transmettre lors du transfert au CRG

### • Rapport complet de l'hospitalisation actuelle incluant :

- Rapport d'intervention chirurgicale
- Traitement médicamenteux complet avec les posologies  
(indiquer clairement les médicaments ajoutés ou retirés lors de l'hospitalisation et les modifications récentes de dosages)
- Echelle de katz remplie par l'infirmier(ère)-chef
- Protocoles des derniers examens (e.a. radiographies)
- Protocole des résultats biologiques  
(surtout les derniers dosages d'Inr et d'hémoglobine a1c)

### • Rapport de la gériatrie de liaison

- **Rapports** Kinésithérapique  
Logopédique  
Ergothérapique

### • Formulaire(s) d'autorisation de remboursement de médicaments

### • Dates des prochains rendez-vous