

Maison de repos & de soins

Dossier d'inscription



Résidence
Belle Rive

069/21.11.54
info@belle-rive.be



Résidence
Bailleul

069/55.63.00
info@belle-rive.be



Résidence
la Tourette

069/66.37.27
info@residencelatourette.be

8, Clos Belle Rive 7520 RAMEGNIES-CHIN
1, Rue de La Tourette 7901 THIEULAIN
11, Place Abbé César Renard 7730 BAILLEUL

Récapitulatif des documents nécessaires

- Une photocopie recto/verso de la carte d'identité du résident
- Une photocopie recto/verso de la carte d'identité du responsable du placement et du paiement de la facture du résident
- Une vignette mutuelle
- Une copie de la carte européenne (si résident de nationalité française)
- Le rapport médico-social complété
- RIB (si le résident est français)
- Une copie du livret de famille
- L'autorisation pour l'affichage de la photo du résident complétée

Veillez trouver ci-dessous une description des informations concernant les conditions de vie dans nos deux maisons de repos.

Vous trouverez également en annexe un formulaire de réservation à nous retourner dûment complété et signé.

Prix de l'hébergement par jour :

Résidence Belle-Rive (MRPA+MRS), le prix est de :

- 48.84€ pour une chambre individuelle dans le bâtiment de 1967
- 58.90€ pour une chambre individuelle dans le bâtiment de 1997
- 50.37€ pour une chambre double dans le bâtiment construit en 1997
- 58.90€ pour une chambre individuelle dans le bâtiment 2007
- 52.82€ pour une chambre double dans le bâtiment 2007

Résidence à Bailleul (unité psycho-gériatrique), le prix est de :

- 50.37€ pour un ancien studio
- 52.82€ pour une chambre individuelle (nouvelle chambre)
- 50.37€ pour une chambre individuelle (ancienne chambre)
- 52.82€ pour une chambre double

Résidence La Tourette:

- 49.87€ pour une chambre individuelle bas
- 46.25€ pour une chambre individuelle haut
- 44.43€ pour une chambre double bas
- 42.59€ pour une chambre double haut
- 75.30€ pour une chambre double couple

Nos prix comprennent :

- Les frais liés à l'incontinence
- L'occupation générale de la chambre (literie, chauffage, éclairage, entretien)
- 3 repas par jour, les repas étant confectionnés par nos cuisiniers
- Le suivi des régimes prescrit par le médecin
- Les prestations du personnel infirmier et soignant en relation avec le degré de dépendance du résident
- Les animations
- La téléphonie
- Le Wifi

Les suppléments sont :

Les frais médicaux, pharmaceutiques et de kinésithérapie.

Selon votre choix :

- Produits d'hygiène (21€ par mois)
- Les boissons hors repas (0,50€/pièce)
- L'accompagnement à un examen médical (20€/30 min)
- Les frais de pédicurie (selon le prix du fournisseur)
- Les frais de coiffure (selon prix du fournisseur)
- L'entretien du linge personnel (selon prix du fournisseur)
- Identification du linge (0,50€ par nominette)

Formulaire de réservation à retourner à la SA Belle Rive
Clos Belle-Rive 8
7520 Ramegnies-Chin

Date de la visite:/...../.....

Etat de la personne

- Autonome
- Semi-valide
- Grabataire
- Désorienté(e)
- Mobilité réduite
- Palliatif(ve)

Choix de la personne

- Individuelle
- Double

Identité du résident

Nom : Prénom:

Lieu de naissance : Date de naissance:/...../.....

Etat civil: Nationalité:

Personne(s) responsable du placement et paiement des factures

Nom-Prénom:

Adresse:

Tél:

GSM:

Adresse mail:

Signature du responsable

Date:/...../.....

Nom du responsable

Lu et approuvé

Formulaire Medico-Social

A remplir avant l'admission

Personne concernée :

Civilité : O Monsieur O Madame
Nom de naissance : Prénom(s) :
Date de naissance : / /

Motif de la demande :

- Changement d'établissement
- Fin/Retour d'hospitalisation
- Maintien à domicile difficile

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Pathologies actuelles

Traitement en cours :

Nom des médicaments	Posologie	Voie d'administration

Soins palliatifs : Oui Non

Allergies :

Non

Oui Si oui précisez :

Conduites à risque :

Oui

- Alcool
- Tabac
- Sevrage

Non

Portage de bactéries multi résistantes :

Ne sait pas

Non

Oui

- Préciser (localisation, etc)
 -
 -
 -
- Date du dernier prélèvement :
 -/...../.....

Fonctions sensorielles : (cocher la case adéquate)

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

Risque de fausse route :

Oui

Non

Données sur l'autonomie : (cocher la case adéquate)

		Autonome	Aide partielle	Aide totale
Transferts Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

Rééducation : (cocher la case adéquate)

	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

Symptômes psycho-comportementaux : (cocher la case adéquate)

	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Comportement inhabituel		
Comportements moteurs aberrants Déambulations Gestes incessants Risque de sorties non accompagnées Fugues		
Troubles du sommeil		

Pansements ou soins cutanés :

	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Autres plaies (à préciser)	<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	

Soins techniques :

	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CIPAP, VNI,...)		
Dialyse péritonéale		

Appareillages :

	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)	<ul style="list-style-type: none">••••	

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs,...)

Signatures + mention « Sincère et véritable » :

Médecin :

Responsable du placement :



Cher résident, chère famille,

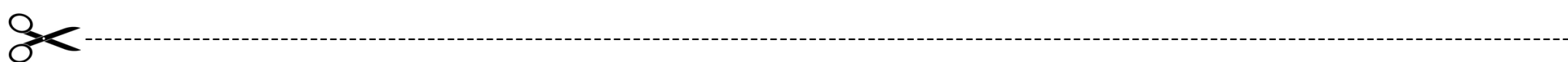
Comme vous avez pu le constater, nous avons placé à côté de chaque porte une plaquette signalétique afin d'identifier tous les locaux. Afin de personnaliser ceux-ci, nous vous proposons d'y afficher votre photo, numéro de chambre et votre nom. Nous insistons vivement pour nos résidents désorientés, cela leur permettra de s'orienter plus facilement et de reconnaître leur chambre.

Pour ce, nous devons avoir votre autorisation.

Pouvez-vous dès lors compléter le petit formulaire ci-dessous et le déposer dans ma boîte aux lettres ou me l'envoyer par courrier.

D'avance, je vous remercie.

Madame Elyse DE RIDDER,
Directrice



Je soussigné Mme-Mr
Autorise/n'autorise pas la résidence Belle-Rive à afficher ma photo.
Nom et signature :