

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE  
POUR UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS**

Rue d'Avernas, 20 à 4280 Hannut

tél. : 019/ 519.800

fax. : 019/519.810

Directeur : Thomas Herpaix – mail : thomas.herpaix@cpashannut.be

Pour être inscrit sur notre liste d'attente, il convient de nous transmettre les documents obligatoires suivants :

- Formulaire d'inscription en liste d'attente
- Formulaire concernant les pathologies à faire compléter par le médecin traitant
- Echelle d'évaluation de la dépendance à faire compléter par le médecin traitant ou, le cas échéant, l'infirmier à domicile (Echelle de Katz)
- Preuve de revenus du candidat
- Copie recto-verso de la carte d'identité

Nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance et un nouveau formulaire concernant les pathologies dès que la situation évolue.

**TARIFS**

**Maison de repos pour personnes âgées, maison de repos et de soins, court-séjour : 49,81 €/ jour**

**Le prix comprend :**

- l'usage de la chambre et de son mobilier ;
- l'usage et l'entretien des installations sanitaires, privatives ou collectives;
- l'usage des parties communes, ascenseurs compris, conformément au règlement d'ordre intérieur;
- le gros entretien du patrimoine, l'entretien courant et le nettoyage des parties communes, en ce compris le matériel et les produits; les réparations des chambres consécutives à un usage locatif normal;
- le mobilier et l'entretien des parties communes;
- l'évacuation des déchets;
- le chauffage des chambres et communs, l'entretien des installations et toute modification de l'appareillage de chauffage;
- l'eau courante, chaude et froide, et l'utilisation de tout équipement sanitaire;
- les installations électriques, leur entretien et toute modification de celles-ci et la consommation électrique des communs;
- les installations de surveillance, de protection-incendie et d'interphonie;
- le cas échéant, les frais d'installation, d'entretien et de redevance d'un téléphone public mis à la disposition des résidents dont ceux-ci ne supportent que le coût des communications personnelles, au prix coûtant;
- Le raccordement téléphonique et le poste téléphonique en chambre pour chaque résident. Le résident ne supporte que le coût des communications ;
- la mise à disposition, dans un des lieux de vie commune, d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique et l'accès à l'Internet ;
- L'accès à internet dans chaque chambre ;
- la mise à disposition dans les locaux communs de télévision, radio et autre matériel audiovisuel;
- Le raccordement et l'abonnement à la télédistribution ainsi que la mise à disposition de la télévision ainsi que tout autre matériel audiovisuel dans chaque chambre ;
- les frais administratifs de quelque nature qu'ils soient, liés à l'hébergement ou l'accueil du résident ou inhérent au fonctionnement de l'établissement;
- les assurances en responsabilité civile, l'assurance incendie ainsi que toutes les assurances souscrites par le gestionnaire conformément à la législation, à l'exception de toute assurance personnelle souscrite par le résident;

- les taxes locales éventuelles ;
- les activités d'animation, de loisirs et d'activation thérapeutique lorsqu'elles sont organisées dans l'enceinte de l'établissement;
- les installations de cuisine collective, leur entretien, leurs modifications liées à l'évolution de la législation et l'acheminement des matières et leur stockage;
- la confection et la distribution des repas, le respect des régimes, les collations et boissons dont la distribution est systématique en-dehors des repas; aucun supplément ne peut être porté en compte pour le service en chambre; les substituts de repas ne sont pris en compte qu'à concurrence du coût d'un repas normal;
- la mise à la disposition, l'entretien et le renouvellement de la literie: matelas, couvertures, couvre-lits, draps, taies, alèses, ainsi que des rideaux, tentures et textiles d'ameublement;
- la mise à disposition de bavoirs et de serviettes de table ;
- la protection de la literie en cas d'incontinence;
- le matériel d'incontinence ;
- le matériel de prévention des escarres ;
- la consommation électrique, les appareils d'éclairage et de chauffage liés à l'usage individuel des résidents;
- le nettoyage des chambres et du mobilier et matériel qui s'y trouvent;
- les prestations du personnel infirmier et soignant;
- les prestations du personnel paramédical et de kinésithérapie couvertes par les organismes assureurs;
- l'approvisionnement, la gestion, le stockage et la distribution des médicaments, sans préjudice du libre choix du pharmacien par le résident; l'entièreté de la ristourne éventuellement accordée par le pharmacien doit être rétrocédée au résident
- la mise à disposition d'une chaise percée quand l'état du résident le requiert;
- le mobilier obligatoire des chambres, la mise à disposition éventuelle d'un lit à hauteur variable, du matériel visant à adapter le mobilier à l'état de santé du résident (soulève personne, barres de lit, matelas...) et du matériel de contention;
- les taxes et impôts relatifs à l'établissement;
- les frais d'entretien, de nettoyage et de réparation occasionnés par l'usure normale, consécutifs au départ du résident;
- le lavage et le pressing du linge non personnel;
- la mise à disposition illimitée d'eau potable chaude et froide ;
- l'eau potable au chevet des résidents en ce compris les bouteilles d'eau.

### **Non-inclus dans le prix journalier :**

#### **Services facultatifs fournis par la Résidence, au choix :**

- Bouteilles d'eau plate ou pétillante, par litre : 0,65 €
- Repas de midi pour accompagnant : 7,36 €
- Lessive du linge personnel du résident à l'exclusion des traitements spéciaux du linge (nettoyage à sec...), par mois : 52,63 €
- Marquage du linge de corps – forfait à vie : 52,63 €
- Frais de mortuaire : 13,16 €

#### **Services et soins facturés par un prestataire externe :**

- Frais strictement personnels relatifs aux fournitures et prestations librement choisis par le résident, tarifés par une tierce personne, au prix coûtant, selon la tarification appliquée par le fournisseur ou le prestataire concerné.
- Frais médicaux et paramédicaux ;
- Frais de kinésithérapie pour la Maison de Repos ;
- Frais de transport en ambulance ou en taxi (facture des transporteurs) ;
- Prescriptions pharmaceutiques ;
- Frais de coiffure et de pédicure (tarifs affichés) ;
- Les loisirs exceptionnels (excursions, autre...)
- Le matériel de soins lorsqu'il n'est pas compris dans l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière de l'INAMI ;

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN LISTE D'ATTENTE POUR UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS

Long séjour illimité       Court-séjour de maximum 3 mois

Date d'entrée souhaitée : .....

### I. COORDONNEES DU CANDIDAT

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Langue maternelle : .....

Etat civil : .....

Adresse actuelle : .....

N° de téléphone : .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse du médecin traitant : .....

N° de téléphone du médecin traitant : .....

Nom de la mutuelle à laquelle le candidat est affilié : .....

ou vignette :

### II. COORDONNEES DE LA PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION

Le candidat lui-même. Sinon, indiquez les coordonnées de la personne de contact :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Adresse Email : .....

Nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance et un nouveau formulaire concernant les pathologies dès que la situation évolue.

# FORMULAIRE CONCERNANT LES EVENTUELLES PATHOLOGIES

(Document couvert par le secret médical)

Cher Docteur,

Votre patient est inscrit sur notre liste d'attente pour une admission au sein de notre maison de repos. La précision des renseignements collectés via ce formulaire contribueront à une prise en charge adaptée de votre patient. Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration. L'équipe de soins de la Résidence Loriers

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Actuellement, votre patient est

à domicile  à l'hôpital  en maison de repos  autre (précisez).....

Quel est le motif de la demande d'admission ? : .....

.....

## Renseignements divers :

Poids : .....

Tabac  oui  Non

Alcool  oui  Non

Ins. Thyroïdienne  oui  Non

Pace Maker  oui  Non

Séquelles neurologiques  oui  Non Précisez :

Séquelles orthopédiques  oui  Non

Pathologies psychiatriques  oui  Non Précisez :

Epilepsie  oui  Non

Régime particulier  oui  Non Précisez :

Diabète  oui  DNID  DID  Non

Autres pathologies : .....

## Appareillage :

Prothèse dentaire  oui  Non

Prothèse orthopédique  oui  Non

Prothèse auditive  oui  Non

Prothèse oculaire  oui  Non

## Soins en cours :

Injections  oui  Non Précisez :

Escarres  oui  Non Précisez :

Autres pansements  oui  Non Précisez :

Sonde vésicale  oui  Non

Autre sonde  oui  Non Précisez :

Surveillance particulière : .....

.....

Traitement en cours : .....

.....

.....

.....

Résidence Loriers | Rue d'Avernas, 20 | 4280 Hannut | Tél. 019/ 519 . 800

**ANNEXE 41**

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT  
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

**Identification du bénéficiaire :**

**Numéro INAMI de l'institution :** .....

NOM – Prénom : ..... Numéro national : .....

**A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)**

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalemént désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalemént désorienté ou impossible à évaluer

**OU :** le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du .....

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie D catégorie Dément catégorie D est demandée

- un accueil en centre de soins de jour est demandé <sup>(1)</sup>

**B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :**

**C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :**

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable	Date : ...../...../.....	Signature
---	-----------------------------	-----------

## **Catégories de dépendance**

### **MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

**Catégorie O** : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

**Catégorie A** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

**Catégorie B** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

**Catégorie C** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et  
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

**Catégorie D** : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou  
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique  
spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour incontinence, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette  
et/ou pour manger.

## **Critères de dépendance**

### **CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :  
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et  
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :  
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et  
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.