



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY

083/21.22.61

[secretariat@cst-asbl.be](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

## Dossier d'inscription

**Attention** : l'inscription sur notre liste d'attente ne sera effective qu'après réception de notre part du dossier complété.

**Durée du séjour<sup>1</sup> : Court séjour<sup>2</sup> – Long séjour**

Date : ...../...../20.....

### I. Données administratives de la personne

#### 1) Identité

- Nom (de jeune fille) : .....
- Nom d'épouse : .....
- Prénom : .....
- Nationalité :.....
- N° de registre National : .....
- Date et lieu de naissance : .....
- Adresse:  
.....  
.....

La personne réside-t-elle autre part que chez elle actuellement ?    oui - non

Si **oui**, Nom de l'institution ou de l'hébergeant : .....

Adresse : .....

- Situation familiale : .....
- Langue(s) Parlée(s) :.....
- Ancienne profession :
- Revenus : .....
- Religion.....

<sup>1</sup> Entourez la durée du séjour souhaité

<sup>2</sup> Séjour d'une durée de minimum 1 mois et maximum 3 mois

*Le Centre Sainte Thérèse ASBL respecte la législation belge en matière de protection de la vie privée, ainsi que les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données*



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

## 2) Chambre(s) souhaitée(s) (plusieurs choix sont possibles):

- Chambre particulière ou double avec salle-de-bain (61,44€ / jour)
- Chambre particulière ou double climatisée avec salle-de-bain (68,71€ / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB + balcon (69,82 / jour)
- Chambre particulière climatisée avec SDB – superficie 18m<sup>2</sup> (71,03€ / jour) (court séjour)

**La demande est-elle URGENTE ?**    Oui    -    Non

## 3) Contacts

### Données administratives du requérant (personne qui fait la demande):

Nom : .....Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Tel : ..... GSM : .....

Adresse e-mail : .....

	<b>NOM Prénom</b>	<b>Parenté</b>	<b>Téléphone .</b>	<b>Adresse</b>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				

## 4) Administrateur de biens    Oui    -    Non

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

*Le Centre Sainte Thérèse ASBL respecte la législation belge en matière de protection de la vie privée, ainsi que les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données*



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

- 5) CPAS :            Oui    -    Non  
  Adresse :  
  Réquisitoire demandé :    oui    -    Non  
  Personne de référence :

6) Motif de la demande :

.....  
.....  
.....

## II. Données médicales

Vignette de mutuelle :

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1) Médecin traitant : | Médecin qui assurera le suivi dans la MRS : |
| Nom :                 | Nom :                                       |
| Adresse :             | Adresse :                                   |
| N° de téléphone :     | N° de téléphone :                           |

2) Etat de santé

a)        Antécédents médicaux :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

b)        Etat de santé actuel :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Evaluation de l'aide à apporter (notez de 1 à 4 l'autonomie de votre proche en sachant que 1 signifie autonome et 4 totalement dépendant):

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
AIDE A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'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			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

Si la personne est désorientée, décrivez sa désorientation (perte de repères, oublis, agressivité, perte langagière,...) : .....

.....  
 .....  
 .....

**La personne est-elle fugueuse ou pourrait l'être ?**    oui    -    non



Avenue Schlögel 124 - 5590 CINEY  
083/21.22.61  
[secretariat@cst-asbl.be](mailto:secretariat@cst-asbl.be)

c) Renseignements divers

- Paramètre :

Poids : .....

Taille : .....

- Lunettes : .....

- Surdité : .....

Appareil auditif :    gauche            -            Droit

- Assu tude :                            oui                            non

Tabac :                                                       

Alcool :                                                       

Autres : .....

- Vacciné(e)   la COVID-19 :            OUI            -            NON

Si oui nbre de dose : .....

- Régime particulier :

- Autres informations :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature

Pour toutes informations complémentaires ou questions, vous pouvez joindre les assistantes sociales au 083/21.22.61 de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 16h30 le mercredi.

Ce dossier est à nous renvoyer par courrier, par fax, par e-mail ou encore à nous remettre en main propre le plus rapidement possible afin que l'inscription soit enregistr e.

**Coordonnées :**

Centre Sainte Thérèse ASBL  
Avenue Schlogel 124  
5590 Ciney  
TEL : 083/21.22.61 FAX : 083/21.50.39  
E-mail : [service.social@cst-asbl.be](mailto:service.social@cst-asbl.be)

*Le Centre Sainte Thérèse ASBL respecte la législation belge en matière de protection de la vie priv e, ainsi que les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données*