

CENTRE SAINTE-THÉRÈSE ASBL

DOSSIER D'INSCRIPTION DEMANDE D'ACCUEIL

Centre Sainte-Thérèse ASBL
Avenue Schlögel 124 – 5590 Ciney
Tél. : 083/21.22.61 – Fax : 083/21.50.39
E-mail : service.social@cst-asbl.be

IMPORTANT

L'inscription sur notre liste d'attente sera effective uniquement après réception du présent dossier dûment complété.

Les informations recueillies dans ce dossier nous permettent de mieux connaître la personne, d'évaluer ses besoins et de préparer au mieux son éventuel accueil au sein de notre établissement.

Nous vous remercions de compléter ce document avec le plus de précision possible.



I. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

1. Identité de la personne

Nom :
Prénom(s) :
Nationalité :
N° de registre national :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse complète :
.....
Situation familiale :
Langue(s) parlée(s) :
Ancienne profession :
Revenus / ressources :
Religion / convictions philosophiques (facultatif) :

Situation actuelle

La personne réside-t-elle actuellement dans un autre lieu que son domicile habituel ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Nom de l'institution ou de l'hébergeant :

Adresse :

.....

2. Motif de la demande

Merci de préciser les raisons pour lesquelles une entrée en maison de repos et de soins est envisagée :

.....

.....

.....

3. Type d'accueil / chambre souhaitée

Type de séjour demandé :

☐ Court séjour ☐ Long séjour

Date de la demande : / / 20.....

Date d'entrée souhaitée :

La demande présente-t-elle un caractère urgent ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser la raison de l'urgence :

.....

Chambre souhaitée (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Chambre particulière avec salle de bain – **sans climatisation** (65,52 € / jour)
- ☐ Chambre double avec salle de bain – **sans climatisation** (65,52 € / jour)
- ☐ Chambre particulière avec salle de bain – **avec climatisation** (73,28 € / jour)
- ☐ Chambre double avec salle de bain – **avec climatisation** (73,28 € / jour)
- ☐ Chambre particulière avec salle de bain et balcon (74,46 € / jour)
- ☐ Chambre particulière avec salle de bain – superficie de 18 m² (75,75 € / jour) – **court séjour**
- ☐ Chambre particulière avec salle de bain et toilette japonaise auto nettoyante– **Extension prévue fin 2026**

4. Personne à l'origine de la demande

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

Adresse :

Téléphone : GSM :

E-mail :

Autres personnes de contact :

	Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse / E-mail
1				
2				
3				

5. Administrateur de biens

La personne bénéficie-t-elle d'un mandataire extrajudiciaire ?

☐ Oui ☐ Non

La personne bénéficie-t-elle d'une administration de biens ?

☐ Oui ☐ Non

Nom et prénom / Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

6. Intervention du CPAS

Une intervention du CPAS est-elle prévue ou envisagée ? ☐ Oui ☐ Non

Nom du CPAS :

Personne de référence :

Téléphone / E-mail :

Un réquisitoire est-il demandé ?

☐ Oui ☐ Non

II. INFORMATIONS MÉDICALES ET ÉVALUATION DES BESOINS

Les informations médicales communiquées dans ce dossier sont destinées à permettre l'évaluation des besoins de la personne et la préparation de son éventuel accueil.

1. Mutualité

Mutualité :

N° de vignette(s) / N° d'affiliation :

☐ Une vignette de mutuelle est jointe au dossier.

2. Médecins

Médecin traitant actuel

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Médecin qui assurera le suivi au sein de la MRS

Nom :

Adresse :

Téléphone :

3. État de santé

a) Antécédents médicaux

Merci de préciser les principales maladies, hospitalisations, opérations ou antécédents médicaux connus :

.....

.....

.....

b) État de santé actuel

.....

.....

.....

4. Allergies

Allergies ou intolérances alimentaires connues :

.....

Autres allergies ou précautions particulières :

.....

5. Évaluation de l'autonomie

Merci d'indiquer le niveau d'autonomie de la personne pour chaque activité.

1 = Autonome | 2 = Aide ponctuelle | 3 = Aide importante | 4 = Totalement dépendant

CRITÈRE	1	2	3	4
Se laver / prendre une douche ex. : se laver seul, partiellement ou totalement	☐	☐	☐	☐
S'habiller / se déshabiller ex. : s'habiller et se déshabiller sans aide	☐	☐	☐	☐
Aller aux toilettes ex. : aller aux toilettes et s'essuyer	☐	☐	☐	☐
Se déplacer ex. : se lever, marcher, se déplacer dans le logement	☐	☐	☐	☐
Manger et boire ex. : manger sans aide, préparer les aliments	☐	☐	☐	☐
Continence ex. : contrôle des urines et selles	☐	☐	☐	☐
Temps ex. : jours, dates, années et heures	☐	☐	☐	☐
Espace ex. : la personne sait-elle identifier le lieu où elle se trouve ?	☐	☐	☐	☐

Précisions concernant les aides nécessaires :

.....

.....

6. Orientation / troubles cognitifs

La personne présente-t-elle des troubles de l'orientation ou de la mémoire ?

☐ Oui ☐ Non

Un diagnostic de démence a-t-il été posé ?

☐ Oui (Date du diagnostic....., suivi réalisé par le Dr)
☐ Non

Merci de décrire les éventuelles difficultés rencontrées :

☐ Perte de repères ☐ Oublis fréquents ☐ Désorientation dans le temps ☐ Désorientation dans l'espace
☐ risque de fugue ☐ Errance ☐ Difficultés de communication / perte langagière ☐ Agressivité ou agitation ☐ Troubles du comportement ☐ Autres :

Précisions :

.....
.....

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

ÉTAT DE LA PERSONNE	ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	SCORE
1. DIFFICULTÉS D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____
2. DÉRANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____
3. PERTE DE NOTION DE BIENSÉANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher, ...	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____
4. COMPORTEMENT AGITÉ Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto-agressif et/ou agité psycho-moteur (déambulation, fugue, ...)	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____
5. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques ... et/ou agressif à l'égard d'autrui.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit.	1. jamais 2. de temps en temps, rarement 3. presque chaque jour 4. continuellement, toujours 5. impossible à évaluer	_____

7. Renseignements complémentaires

Données physiques

Poids : kg Taille : cm

Vue

Lunettes : ☐ Oui ☐ Non

Audition

Difficultés auditives : ☐ Oui ☐ Non

Appareil auditif : ☐ Oreille gauche ☐ Oreille droite ☐ Les deux

8. Assuétudes

La personne présente-t-elle une assuétude ou une consommation régulière ?

☐ Oui ☐ Non

Tabac :

Alcool :

Autre(s) :

9. Vaccination COVID-19

La personne est-elle vaccinée contre la COVID-19 ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre de doses :

10. Autres informations utiles

Merci de nous communiquer toute information que vous jugez utile concernant la personne, ses habitudes de vie, ses besoins spécifiques, ses préférences ou toute situation particulière pouvant contribuer à son bien-être et à la qualité de son accompagnement :

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

III. DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER

Afin de pouvoir traiter votre demande dans les meilleures conditions, merci de joindre, si disponibles :

- ☐ Copie de la carte d'identité
- ☐ Vignette(s) de mutuelle
- ☐ Documents médicaux récents utiles à l'évaluation de la demande
- ☐ Liste des traitements médicamenteux en cours
- ☐ Autres documents utiles :

IV. CONTACT

Pour toute information complémentaire ou question concernant votre demande, vous pouvez contacter les assistantes sociales :

Centre Sainte-Thérèse ASBL

Avenue Schlögel 124
5590 Ciney

Tél. : 083/21.22.61

E-mail : service.social@cst-asbl.be

Permanence téléphonique : Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30.

Le dossier complété peut être transmis :

- par courrier ;
- par e-mail ;
- par fax ;
- ou remis en main propre au service social.

Nous vous remercions de nous transmettre le dossier complété dans les meilleurs délais afin que votre demande puisse être enregistrée sur notre liste d'attente.

V. SIGNATURE

Je soussigné(e),,
certifie que les informations communiquées dans le présent dossier sont, à ma connaissance,
exactes et complètes.

Nom et prénom :

Lien avec la personne concernée :

Date : / / 20.....

Signature :