**CONTRÔLE DÉPENDANCE DES SOINS EN MRPA/MRS: Décision Collège Local de Bruxelles**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du patient**Nom et prénom:Numéro Registre National:Numéro de la mutualité ou Office Régional: | **IDENTIFICATION MRPA/MRS**Numéro INAMI: **«Robnr» / «Rvtnr»** Nom : **«naam\_rusthuis\_BRUSSEL»**Numéro de chambre : |

**SI LE PATIENT EST EN FORFAIT D :**

Le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d’un bilan diagnostique spécialisé?

* Date du rapport :
* Nom du médecin prescripteur :
* Spécialisation du prescripteur : Neurologue – Gériatre – Psychiatre
* Raison en cas de refus du rapport :

**UN TEST MMS A-T-IL ETE EFFECTUE ?**

* OUI – NON
* Si oui, à quelle date ?
* Score total : /30
* Score orientation spatio/temporelle : /10
* Score temps : /5
* Score espace ; /5

**DOSSIER DE SOINS :**

Remarques et commentaires éventuels des données relevées au dossier de soins de l’institution:

**DOSSIER MEDICAL :**

En cas de consultation du dossier médical, l’accord du médecin traitant était-il présent dans le dossier : OUI – NON

Renseignements obtenus :

**PERSONNE DE LA MR ACCOMPAGNANT L’EQUIPE DE CONTROLE :**

* NOM :
* FONCTION :
* Remarques concernant le patient et/ou l’évaluation :
* SIGNATURE :

**EQUIPE DE CONTROLE :**

Pour le Collège local,

(noms et signatures des membres)

Dr. **«prov\_Contactpersoon»** Dr. O. Jokanovic Mme F. Dauginet  Mr. E. Lippens

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITÈRE** | **SCORE** | **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES JUSTIFIANT LE SCORE** |
| Se laver |  | Dépendance pour[ ]  dos[ ]  toilette complète | [ ]  hygiène intime[ ]  aide toilette | [ ]  membres supérieurs[ ]  surveillance active | [ ]  membres inférieurs[ ]  surveillance passive |
| S'habiller |  | Dépendance pour[ ]  sous-vêtements[ ]  habiller | [ ]  robe-pantalon[ ]  déshabiller | [ ]  bas-chaussettes[ ]  aide partielle | [ ]  chaussures[ ]  aide complète |
| Transfert et déplacements |  | [ ]  béquilles[ ]  aide transfert au lever/coucher | [ ]  canne[ ]  cadre de marche | [ ]  voiturette[ ]  aide propulsion | [ ]  se propulse seul |
| Aller à la toilette |  | Dépendance pour[ ]  le transfert[ ]  aide aux changes | [ ]  hygiène intime | [ ]  S’habiller[ ]  urinal | [ ]  chaise percée |
| Continence |  | [ ]  protection[ ]  incontinence urinaire[ ]  incontinence accidentelle | [ ]  exercices de miction[ ]  incontinence fécale | [ ]  sonde vésicale[ ]  incontinence diurne | [ ]  urostomie / colostomie[ ]  incontinence nocturne |
| Manger |  | [ ]  aide de soutien[ ]  préparé/coupé | [ ]  aide partielle | [ ]  aide complète | [ ]  alimentation par sonde |

**Le tableau ci-dessous ne doit pas être complété si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d’un bilan diagnostique spécialisé.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITÈRE** | **SCORE** | **MMS** | **OUI** | **NON** | **Complément d’infos** | **OUI** | **NON** |
| TEMPS |  | Quel jour de la semaine sommes-nous ? | [ ]  | [ ]  | Date/lieu de naissanceHeure actuelle | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
|  |  | Quelle date sommes-nous ? |[ ] [ ]  Moment de la journée |[ ] [ ]
|  |  | Quel mois sommes-nous? |[ ] [ ]  AgeNombre d’enfants | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
|  |  | En quelle année sommes-nous ? |[ ] [ ]  Age des enfants |[ ] [ ]
|  |  | En quelle saison sommes-nous ? |[ ] [ ]  Profession exercée avant (ou celle du conjoint)Domicile antérieur | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Remarque: |
| ESPACE |  | Dans quel pays sommes-nous ? | [ ]  | [ ]  | Numéro de la chambre | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Dans quelle province sommes-nous ? |[ ] [ ]  Où se trouve la toilette ? |[ ] [ ]
|  |  | Dans quelle commune sommes-nous ? |[ ] [ ]  Où se trouve le restaurant ? |[ ] [ ]
|  |  | A quel étage sommes-nous ?Nom ou adresse de la MR ? | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  | Où se trouve le coiffeur ? |[ ] [ ]
| Remarque: |
| Catégorie |  |  | Catégorie avant la visite |  |

Date de contrôle :**«datum\_bezoek»** Date d’application de la modification : **«datum\_\_2»**