**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 naissance  Heure actuelle | |  | |  |
| Quelle date sommes-nous ? | |  |  | Moment de la journée | |  | |  |
| Quel mois sommes-nous? | |  |  | Age  Nombre 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»**