

Demande de **séjour de convalescence**
 séjour de repos
 séjour de courte durée

Accompagnateur séjour de convalescence

1) Données administratives

4..

NISS [.....-...-..]

Nom et prénom de l'assuré :
Adresse :
Personne de contact et lien avec l'assuré :
Numéro de téléphone (si nécessaire, de la personne de contact) :
En règle de cotisation de l'assurance complémentaire jusqu'au : inclus
Code 1 : . . . Code 2 : . . .

L'assuré souhaite passer son séjour dans l'établissement (nom de l'établissement et commune – s'il s'agit d'une maison de repos, mentionner également le numéro d'agrément INAMI) :

Période souhaitée pour le repos ou la convalescence : du au = nuits
Le séjour de courte durée aura lieu du au

Dernière(s) hospitalisation(s) : du au

En annexe rapport médical rapport social (en cas de séjour de courte durée)

Veuillez traiter ce dossier conjointement au dossier de
..... Séjour dans la même chambre oui/non

Si d'application : accompagnateur de (nom), qui dispose d'un accord pour un séjour de convalescence (dans ce cas, l'attestation médicale ne doit pas être jointe).

Gestionnaire de dossier à la mutualité:
..... (nom, signature, date)

2) Attestation à compléter par le membre (ou par son mandataire)

Je, soussigné(e), déclare par la présente que je retournerai chez moi après mon séjour de repos/de convalescence/de courte durée et qu'aucune admission définitive dans une maison de repos/de repos et de soins n'est planifiée.

Fait le (date)
..... (nom et prénom)
...../..... (signature)

3) Données supplémentaires à compléter par le gestionnaire de dossier du service social

Lors de la demande d'un séjour de repos ou de convalescence, le membre a été renvoyé vers un séjour au Cosmopolite à Blankenberge. Il a été informé des différentes interventions du service complémentaire.

Si le membre désire tout de même passer son séjour de repos ou de convalescence en dehors du Cosmopolite : raisons invoquées :

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

Complété par (nom du gestionnaire de dossier du service social) :
.....(nom, signature, date)

4) Avis du médecin-conseil pour les bénéficiaires de moins de 65 ans

J'estime que la demande répond/ne répond pas aux critères requis pour un séjour de convalescence ou un séjour de repos (1)

Si la demande ne répond pas aux critères, motif :

Si l'assuré est reconnu en incapacité de travail, avis quant à la période et à la durée demandées :

favorable

défavorable

Avis explicite

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

Date..... Signature du médecin-conseil

5) Décision de la direction médicale

séjour de convalescence

séjour de repos

séjour de repos (accompagnateur d'un bénéficiaire en séjour de repos)

séjour de courte durée

Nombre de nuits :

renseignements supplémentaires

motivation avis défavorable

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

.....(date et signature)

DEMANDE POUR SEJOUR DE REPOS OU DE CONVALESCENCE

Attestation médicale à compléter par le médecin traitant

Diagnostic médical :

Traitement - médication (à poursuivre pendant le séjour) :

.....
.....

Traitement - autre (à poursuivre pendant le séjour) (remettre la prescription à l'assuré) :

- Kinésithérapie :
- Soins infirmiers :
- Régime :
- Autre :

Dernière hospitalisation :

- Hospitalisation duau..... Motif :
 - affection médicale grave, à savoir
 - intervention chirurgicale, à savoir

Autonomie actuelle :

	autonome	Aide nécessaire, notamment ...	Complètement dépendant de tiers
Se déplacer :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Se laver :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
S'alimenter :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Incontinent ○ oui ○ non
Etat mental ○ normal ○ dément
 ○ troubles du comportement, à savoir.....
 ○ autre :

- Besoin d'une surveillance et d'un accompagnement permanents ○ oui ○ non
aide à prévoir par l'accompagnateur (si accompagné) : ○ oui ○ non

Accueil prévu après le séjour de repos/convalescence :

- au domicile sans aide quotidienne de tiers
- au domicile avec soins à domicile et/ou soins de proximité quotidiens
- dans une institution (MRPA/MRS/MSP) ○ dans une résidence-service
- autre :

Je, soussigné, médecin traitant, déclare que le patient :

- ne souffre pas d'une affection contagieuse
- ne présente pas de risque important de décompensation aiguë

Dûment complété par..... le
(nom et signature du médecin traitant, numéro INAMI, date)

DEMANDE POUR SEJOUR DE COURTE DUREE

Rapport social rédigé par le gestionnaire de dossier du service social dans le cadre d'une demande de séjour de courte durée

Description de la situation familiale :

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

Description du besoin en soins :

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

Motif du séjour de courte durée :

- Vacances aidant(s) proche(s) du au
 - Autre :
-
.....

Dûment complété par (nom du gestionnaire de dossier) :

.....
.....

le

(nom, signature, date)