

## DEMANDE D'ADMISSION

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom/Prénom :  
.....

Date de naissance: .....

Sexe : M – F

NISS : .....

Adresse : .....

Nationalité et langue: .....

Personne de contact (famille, proche) : .....

Etiquette

#### Situation :

Séjour légal

Séjour irrégulier

Demandeur de protection internationale

SDF

Centre d'hébergement, Fedasil, maison d'accueil...  
.....

Touriste : .....

Ressortissant UE : .....

Autre (mentionner) : .....

#### Assurabilité :

Mutuelle + n° Fédération :  
.....

CT1/CT2 .....

Médiprima (**doit être en ordre avant l'admission**)

CEAM, certificat .....

Validité (12 mois) : .....

Assurance privée

Références de l'assurance :  
.....

Autre (mentionner) : .....

Si S2, autorisation + hôpital  
.....

#### Si réquisitoire (**Le demande du réquisitoire doit avoir été introduite avant le transfert du patient**) :

CPAS : .....

FEDASIL: .....

Prison : .....

Autre (mentionner) : .....

**Si CPAS/FEDASIL :**

N° dossier CPAS/FEDASIL/ n° SP : .....

**Coordonnées de l'AS de référence :**

Nom/Prénom : .....

N° de tél. : .....

Adresse e-mail: .....

**Hôpital demandeur**

.....

**Assistant.e social.e référent.e à contacter**

Nom/Prénom : .....

N° de tél. : .....

Adresse e-mail: .....

**Médecin(s) et personnel soignant (dont FARES/VRGT) de référence à contacter**

Nom/Prénom : .....

N° de tél. : .....

Adresse e-mail: .....

Nom/Prénom : .....

N° de tél. : .....

Adresse e-mail: .....

**Annexes à joindre par le service social**

- Copie des documents d'identité : Carte id. ; carte orange ; passeport ; cachet ; visa ; etc.
- Annexe 26
- Documents d'assurabilité (CEAM, ...)

**Assistante sociale référente U808 – CHU Saint-Pierre de Bruxelles**

Sarah LAHMIDI

Tél: 02/535.37.29

Mail: [sarah.lahmidi@stpierre-bru.be](mailto:sarah.lahmidi@stpierre-bru.be)

La demande d'admission doit être adressée à l'adresse suivante : **admissions808@stpierre-bru.be**



## INFORMATIONS MEDICALES

### *Historique de la tuberculose actuelle*

- Date diagnostic :

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

- Localisation :

- Date début traitement :

- Examen direct expecto au moment de la demande de transfert :  positif  négatif  inconnu

- Motif du transfert à l'unité de long séjour

- Tuberculose multi-résistante
- Contagiosité prolongée (> 3 semaines de traitement)
- Prise en charge ambulatoire jugée impossible
- Echec de prise en charge ambulatoire (mauvaise compliance, arrêt du suivi)
- Patient sans-abri ne pouvant être logé en maison d'accueil
- Patient sans-abri, en attente de logement en maison d'accueil

### *Critères cliniques d'admission*

- Patient cliniquement stable
- Surveillance médicale continue non nécessaire
- Autonomie pour la mobilisation, l'alimentation et les soins d'hygiène
- Frottis de screening MRSA récents négatifs
- Frottis anal récent négatif pour bactéries multi-résistantes (VRE, BLSE +, CPE +)

### *Principaux antécédents médicaux*

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

### *Assuétudes*

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

### *Principaux antécédents psychiatriques pathologies psychiatriques actives*

.....  
.....

## INFORMATIONS INFIRMIERES

### HYGIÈNE

Autonome  Aide nécessaire

### ALIMENTATION

Satisfaisante, orale  Artificielle : entérale  Artificielle : parentérale

### DEGRE D'AUTONOMIE

Se mobilise seul  Alitement fréquent  Avec aide  Alitement continu

### PEAU ET MUQUEUSES

Escarres OUI  NON   
Plaies OUI  NON

### RESPIRATION

Dyspnée :  d'effort de  repos  
 Encombrement  Oxygène intermittent / continu Epanchement  
 pleural Trachéotomie  placée le :

### NEUROPSY

Anxiété  Dépression  Démence

### CATHÉTERS

Périphérique  Central  Pic line  
 Port-a-cath Sonde  vésicale

## VALIDATION PAR INFECTIOLOGUE RESPONSABLE

Oui : Dr .....

Non : .....

Signature du demandeur :