Vignette de la mutuelle

Au nom du patient

Obligatoire pour une demande auprès de la mutuelle

Demande d'admission

Coordonnées du patient

Nom + prénom : .....sexe M/F

Date de naissance:..... adresse mail .....

Téléphone : ..... Numéro National .....

Année scolaire du patient :.....

- ✓ Si enseignement spécialisé : quel type ? .....
- ✓ Si enseignement secondaire : quelle option ? .....

Coordonnées des parents/tuteur/patient adulte

Nom + prénom de la **mère/tuteur**/patient adulte : .....

Adresse: .....

Téléphone : ..... Numéro National .....

Adresse mail .....

Nom + prénom du **père /tuteur** : .....

Adresse: .....

Téléphone : ..... Numéro National .....
Adresse mail .....

Médecin de famille : NOM : .....Téléphone : .....

Signature des parents/ patient adulte

Au médecin prescripteur :

Veuillez remplir **complètement**[1] le certificat médical et envoyer la demande, accompagnée des rapports médicaux nécessaires, à l'attention du Service d'Admission. En cas de renvoi pour **OBÉSITÉ**, ajoutez aussi le résultat de l'analyse sanguine. En cas de renvoi pour **MUCOVISCIDOSE** rajoutez un rapport de l'analyse des crachats.

Zeepreventorium – Service d'Admission - Koninklijke Baan 5 – 8420 De Haan

Tél : 059 23 39 11 – opnamedienst@zeepreventorium.be

Après réception de la demande **dûment remplie**, les parents/tuteur seront invités à un rendez-vous au centre.

Des questions ? Le Service d'Admission est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions et est joignable par téléphone tous les jours ouvrables entre 9h et 12h30.

Consignes : Pour **chaque** référence les points 1 jusqu'à 5 doivent être remplis.
Les points suivants peuvent varier suivant la pathologie.

1 si la demande n'est pas dûment remplie, nous sommes obligés de refuser la demande.

Référence à (cochez et spécifiez si nécessaire)

☐ Obesité

☐ Mucoviscidose

☐ Autres maladies respiratoires chroniques (asthme, DCP, DBP, bronchectasies, maladies interstitielles pulmonaires, malformations congénitales des voies aériennes, autres).
Spécifiez:……

☐ Diabète de type 1

☐ Autres maladies endocriniennes chroniques (diabète de type 2 insulino-requérant, autres).
Spécifiez:……

☐ Douleur nociplastique chronique (fibromyalgie)

☐ Fatigue chronique

☐ Néphropathies chroniques (syndrome néphrotique, dysplasie rénale, transplantation rénale, autres). Spécifiez + degré IRC: ……

☐ Maladies urinaires chroniques (troubles de la fonction vésicale résistants au traitement, incontinence, uropathie, autres).
Spécifiez:……

☐ Maladies gastroentérologiques chroniques.
Spécifiez:…….

☐ Brûlures

☐ Autres : Spécifiez

……...

1. **Poids actuel:** ……**kg** **Taille actuelle :** ……**m**

   IMC : ……**kg/m2**

   Ajoutez la courbe de croissance

2. Objectifs de revalidation/Besoins de réhabilitation

Cochez et motivez au moins **trois besoins**[1] applicables à votre patient.
Afin de faciliter cette tâche, nous vous proposons quelques exemples. Veuillez bien cochez les motivations applicables ou rajoutez-en d'autres.

☐ **Adhérence thérapeutique**
- ○ Le patient a des difficultés à respecter ses consultations chez le médecin/diététicien/….
- ○ Le patient a des difficultés à mettre les conseils donnés en pratique quotidiennement
- ○ Le patient rechute davantage en ses anciennes habitudes malsaines
- ○ La famille le trouve difficile de conformer ses habitudes de vie et d'alimentation aux besoins du patient
- ○ Autres :

☐ **Condition physique ou état fonctionnel**
- ○ dyspnée d'effort
- ○ plainte de douleurs de dos ou articulaires
- ○ mauvaise condition physique avec impact sur la vie et le fonctionnement social du patient
- ○ symptômes du syndrome pré métabolique (concrétisez) :

- ○ autres :

☐ **Déséquilibre psychosocial**
- ○ faible estime de soi
- ○ se retire de la vie sociale
- ○ rapports difficiles avec ses pairs
- ○ est victime d'intimidations / moqueries à l'école
- ○ comportement difficile
- ○ dépendance (de l'alcool, tabagisme, jeux électroniques, intoxicants, …)
- ○ inversion jour/nuit
- ○ autres :

☐ **Situation socio-économique**
- ○ parents célibataires
- ○ problèmes financiers
- ○ fonctionnement/relations familiales conflictueuses (divorce / séparation / …)
- ○ famille sans réseau social de soutien
- ○ conditions de vie précaires
- ○ autres :

☐ **Support pédagogique**
- ○ les parents / tuteurs sont dans l'incapacité d'introduire la vie saine au sein de la famille
- ○ les parents / tuteurs sont surmenés
- ○ relations conflictuelles entre parents/tuteurs et enfants
- ○ parents/tuteurs se sentent dans l'incapacité de contrôler/éduquer le patient
- ○ autres :

☐ **Retard ou absentéisme scolaire**
- ○ absentéisme régulier à l'école
- ○ enseignement spécialisé
- ○ retard pédagogique manifeste
- ○ autres :

1 si la demande n'est pas dûment remplie, nous sommes obligés de refuser la demande.

3. Trajets antérieurs de suivi ambulatoire : y avait-il des consultations régulières chez un médecin/diététicien/psychologue/PMS/ psychiatre…

Veuillez préciser le trajet antérieur pour ce patient (si possible aussi le nom du prestataire de soins) .

☐ suivi chez le pédiatre/médecin généraliste (……..)

☐ consultations ambulatoires chez un diététicien (……..)

☐ consultations ambulatoires chez un psychologue/psychiatre (……..)

☐ Centre Pédiatrique Multidisciplinaire Obésité (CPMO de ……)

☐ autre:

Est-ce que ce prestataire de soins peut-être contacté ? oui / non (biffez ce qui ne convient pas)

ATTENTION : Sans trajet préalable, une admission pour **OBÉSITÉ** au Centre Zeepreventorium ne peut être considérée ni effectuée.

4. Données médicales générales:

- Données médicales pertinentes par rapport à la problématique actuelle à traiter:

- Antécédents médicaux pertinents:

- Problèmes médicaux actuels:

- Schéma de médication en cours:

Au médecin prescripteur : en cas d'une référence OBÉSITÉ , remplissez le point 5 et rajoutez le rapport de l'analyse sanguine (voir point 6).
N'oubliez pas de signer la demande sur la dernière page.
En cas de référence MUCOVISCIDOSE : remplissez point 7
Veuillez remplir **complètement**[1] le certificat médical et envoyer la demande, accompagnée des rapports médicaux nécessaires et le rapport de l'analyse sanguine, à l'attention du Service d'Admission

5. Comorbidités

Cochez aux moins **deux** comorbidités qui sont d'application et motivez votre choix avec des rapports ou des examens .

Les comorbidités visibles lors de l'examen clinique ou anamnestique et souvent présentes, p.ex:

- ☐ Syndrome de l'apnée obstructive du sommeil / ronflement avec des apnées anamnestiques
- ☐ Dyspnée d'effort
- ☐ Douleurs musculo-squelettiques lors des AVQ (Activités de la Vie Quotidienne)
- ☐ Incontinence diurne ou nocturne
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Syndrome des ovaires polykystiques

Après examen clinique p.ex.:

- ☐ Hypertension: pression artérielle supérieure au percentile 95 correspondant à l'âge
  cfr lien pour les valeurs P95 en fonction de l'âge et du genre (https://pediatrics.aappublications.org/content/114/Supplement_2/555/tab-figures-data)
- ☐ Profil lipidique perturbé

Après tests et examens supplémentaires p.ex. :

- ☐ Résistance à l'insuline/diabète type 2
- ☐ Maladie hépatique grasse non alcoolique/testes hépatiques (AST, ALT, gammaGT) élevés

Autres :

! Motivez avec des rapports, notes du dernier examen ou d'autres examens.

6. Veuillez joindre l'analyse sanguine la plus récente au moins avec les déterminantes suivantes : analyse hémato, transaminases, AST/ALP, lipides, glycémie à jeun et insuline. S'il n'y a pas eu de prise de sang antérieure, veuillez l'indiquer explicitement et en préciser la raison.

1 si la demande n'est pas dûment remplie, nous sommes obligés de refuser la demande.

Au médecin prescripteur : **s'agit-il d'une référence MUCOVISCIDOSE** ?
Le Zeepreventorium applique l'**EXCLUSION** en cas de :

- Colonisation par *Burkholderia*
- MRSA (ou SARM)
- Mycobactéries non tuberculeuses

Si vous estimez que votre patient peut encore être référé au centre, remplissez le point 7.
Veuillez remplir **complètement**[1] le certificat médical et envoyer la demande, accompagnée des rapports médicaux nécessaires et l'analyse des crachats, à l'attention du Service d'admission

7. Cochez

Colonisation chronique avec *Pseudomonas aeruginosa* ☐ oui ☐ non
Colonisation chronique avec *Achromobacter* ☐ oui ☐ non
Croissance de *Pseudomonas aeruginosa* les derniers six mois ☐ oui ☐ non
Croissance d'*Achromobacter* les derniers six mois ☐ oui ☐ non

Fait à…… **, le** ……

cachet:
signature du médecin
adresse + n° INAMI

Signature du médecin

Adresse mail médecin : ……@……

Si le référant est un Médecin assistant candidat spécialiste (Macs) ou un Master de spécialisation en médecine générale nous vous demandons l'adresse mail du superviseur dans le cadre de l'envoi du rapport :

……@……

1 si la demande n'est pas dûment remplie, nous sommes obligés de refuser la demande.