



Vignette de la mutuelle  
 Au nom du patient  
 Obligatoire pour une demande auprès de la mutuelle

### CERTIFICAT MÉDICAL

### 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**<sup>1</sup> 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.

**Référence à** ( cochez et spécifiez si nécessaire ) Obésité 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/m<sup>2</sup>****Ajoutez la courbe de croissance**

## 2. Objectifs de revalidation/Besoins de réhabilitation

Cochez et motivez au moins **trois besoins**<sup>1</sup> 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/relation 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 :

<sup>1</sup> 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...

Veillez préciser le trajet antérieur pour ce patient.

- suivi chez le pédiatre/médecin généraliste
- consultations ambulatoires chez un diététicien
- consultations ambulatoires chez un psychologue/psychiatre
- autre:

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**

Veillez remplir **complètement**<sup>1</sup> 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](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. Joignez un résultat d'une prise de sang à jeun d'il y a maximum 6 mois (prélèvement minimal : analyse hémato, transaminases, AST/ALP, lipides, glycémie à jeun et insuline)**

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**<sup>1</sup> 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 :**

.....@.....