

Demande d'admission

Coordonnées du patient:

Nom: Prénom:

Sexe: M / F / X

Date de naissance:

Téléphone:

E-mail:

Numéro de registre national:

École:

Année d'études/année scolaire:

- Orientation d'études (si secondaire):
- Type d'enseignement spécialisé (1-9, le cas échéant):
- Forme d'enseignement BUSO (OV 1-4, le cas échéant):

Coordonnées du/des parent(s), tuteur ou représentant légal (ou du patient s'il a 18 ans ou plus):

Nom + prénom **du parent/représentant légal 1**:

Lien avec le patient: Téléphone:

Adresse: E-mail:

..... Date de naissance:

Nom + prénom **du parent/représentant légal 2**:

Lien avec le patient: Téléphone:

Adresse: E-mail:

..... Date de naissance:

Nom + prénom du patient **de 18 ans ou plus**:

Adresse:

.....

Téléphone:

E-mail:

Date de naissance:

Le patient est **domicilié** chez:

Signature du/des parent(s)/représentant légal/patient de 18 ans ou plus:

Je donne par la présente mon consentement libre et éclairé à la consultation, dans le cadre de cette demande, de mes données médicales et de mes rapports via CoZo, conformément à la législation en vigueur relative à la vie privée et à la protection des données.

.....

Coordonnées du médecin généraliste:

Nom du médecin généraliste:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Au médecin prescripteur

- Veuillez envoyer directement le **formulaire de demande*** dûment complété au service des admissions, accompagné des **rapports médicaux nécessaires** (voir points 6,7 et 8):

Zeepreventorium – Service des admissions
Koninklijke Baan 5
8420 De Haan
ou par e-mail : opnamedienst@zeepreventorium.be

- Après réception et approbation du **formulaire dûment complété** et des rapports nécessaires, les parents/représentants légaux et le patient seront invités à une introduction préparatoire/un rendez-vous au centre.
- Vous avez encore une question?
Le service des admissions se fera un plaisir de répondre à vos questions. Il est joignable par téléphone du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h, au numéro général suivant : 059 23 39 11.

Pour CHAQUE demande d'admission, les points 1 à 5 de ce formulaire doivent être complétés.
Les points suivants peuvent varier suivant la pathologie.

1. Motif de la demande (cochez et précisez si nécessaire):

- ☐ Obésité
- ☐ Mucoviscidose
- ☐ Autres affections respiratoires chroniques (asthme, PCD, DBP, bronchiectasies, maladies pulmonaires interstitielles, anomalies congénitales des voies respiratoires, autres)
Précisez:
- ☐ Diabète sucré (type 1, type 2, MODY, lié à la mucoviscidose)
Précisez:
- ☐ Autres affections endocrinologiques chroniques
Précisez:
- ☐ Douleurs chroniques nociplastiques
- ☐ Fatigue chronique
- ☐ Affections néphrologiques chroniques (syndrome néphrotique, dysplasie rénale, transplantation rénale, autres)
Degré eGFR/stade IRC (si connu):
Précisez:
- ☐ Affections urologiques chroniques (troubles vésicaux résistants au traitement, incontinence, uropathie, autres)
Précisez:
- ☐ Affections gastro-entérologiques chroniques
Précisez:
- ☐ Brûlures
- ☐ Autres affections chroniques pour lesquelles un parcours de réadaptation multidisciplinaire intensif est indiqué.
(troubles immunitaires, trouble alimentaire pédiatrique (Pediatric Feeding Disorder), affections neuromusculaires, maladies métaboliques, affections syndromiques, affections hématologiques, affections neurologiques, ...)
Précisez le diagnostic:

2.

Poids actuel:kg
Taille actuelle:cm
IMC:kg/m²

3. Objectifs de revalidation/Besoins de réhabilitation:

Cochez les besoins de revalidation applicables. **Au moins trois** besoins pertinents doivent être présents pour qu'une admission puisse être envisagée.

Motivez chaque fois pourquoi ce besoin en revalidation s'applique. Les exemples ci-dessous peuvent vous aider.

☐ **Observance de la thérapie et du traitement** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ le patient éprouve des difficultés à se rendre régulièrement en consultation chez le médecin / diététicien / ...
- ☐ le patient éprouve des difficultés à appliquer (constamment) les conseils reçus dans sa vie quotidienne
- ☐ le patient connaît régulièrement des périodes de rechute dans des habitudes alimentaires malsaines
- ☐ la famille éprouve des difficultés à adapter ses habitudes alimentaires et son mode de vie aux besoins du patient
- ☐ autre:

☐ **Fonctionnement physique** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ essoufflement à l'effort
- ☐ se plaint régulièrement de douleurs dorsales ou articulaires
- ☐ une mauvaise condition physique a un impact négatif sur le fonctionnement social et sociétal du patient
- ☐ présence de symptômes du syndrome pré-métabolique (précisez):
- ☐ autre:

☐ **Fonctionnement psychosocial** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ faible estime de soi
- ☐ se retire de plus en plus de la vie sociale et/ou sociétale
- ☐ difficulté à entrer en contact avec les pairs
- ☐ est victime de harcèlement à l'école
- ☐ comportement transgressif
- ☐ comportement addictif (alcool, tabac, jeux vidéo, stupéfiants, ...)
- ☐ inversion du rythme jour/nuit
- ☐ autre:

☐ **Statut socio-économique** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ parents célibataires
- ☐ difficultés financières
- ☐ fonctionnement/relations familiales conflictueuses (divorce / séparation / ...)
- ☐ absence de réseau de soutien autour de la famille
- ☐ conditions de vie précaires
- ☐ autre:

☐ **Support pédagogique** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ les personnes responsables des soins ne parviennent pas à mettre en œuvre les changements nécessaires dans les habitudes alimentaires et d'activité physique
- ☐ les parents/tuteurs se sentent surchargés
- ☐ relations conflictuelles entre parents/tuteurs et enfants
- ☐ les parents/tuteurs indiquent avoir de moins en moins d'emprise sur le patient
- ☐ autre:

☐ **Fonctionnement scolaire** (indiquez la motivation applicable):

- ☐ absentéisme scolaire régulier
- ☐ suit un enseignement spécialisé
- ☐ retard scolaire significatif
- ☐ autre:

4. Parcours de suivi ambulatoire antérieur:

Veillez mentionner les accompagnements et traitements déjà suivis. Indiquez quels prestataires de soins et services sont actuellement ou ont été impliqués dans le suivi du patient. Indiquez les consultations de suivi déjà effectuées chez le médecin / diététicien / psychologue / CLB / pédopsychiatre / ...

- Suivi auprès **du médecin généraliste, du pédiatre et/ou du/des spécialiste(s):**

.....

- **Parcours thérapeutique antérieur** (indiquez l'accompagnement déjà suivi et, si possible, le nom du prestataire de soins ou du service):

☐ accompagnement ambulatoire par un diététicien, nom du prestataire/service:

☐ accompagnement ambulatoire par un psychologue/pédopsychiatre, nom du prestataire/service:

☐ accompagnement via un Centre Pédiatrique Multidisciplinaire de l'Obésité (PMOC)

☐ accompagnement via le CLB, nom du service:

☐ kinésithérapie, ergothérapie ou autre accompagnement paramédical:

☐ autre accompagnement ou traitement:

.....

Les prestataires de soins concernés peuvent-ils être contactés dans le cadre de cette demande? ☐ Oui ☐ Non

- **Sans trajet préalable, une admission pour obésité au Zeepreventorium ne peut être considérée ni effectuée.**

Si une orientation directe vers le Zeepreventorium est effectuée sans parcours ambulatoire multidisciplinaire approfondi préalable, veuillez en indiquer la raison:

☐ la complexité de la problématique médicale et/ou des comorbidités complique le suivi ambulatoire

☐ l'orientation vers un PMOC n'était pas possible, raison:

.....

☐ la capacité de la famille ne permet pas suffisamment un parcours ambulatoire

☐ l'accès aux soins ou à l'accompagnement ambulatoires spécialisés est insuffisant dans la région

☐ il existe une nécessité médicale aiguë (p. ex. prise de poids rapide, risque de complications)

☐ il existe une problématique psychosociale nécessitant une prise en charge résidentielle intensive

☐ autre:

.....

5. Données médicales générales:

- diagnostic(s) actuel(s) et motif de la demande:
.....
.....
- antécédents médicaux pertinents concernant la problématique actuelle:
.....
.....
- antécédents médicaux pertinents:
.....
.....
- problèmes médicaux actuels:
.....
.....
- traitement médicamenteux actuel (nom, dose et fréquence d'administration):
.....
.....
- allergies, intolérances ou contre-indications pertinentes:
.....
.....
- Autres points d'attention pertinents pour la révalidation:.....
.....
.....

Au médecin prescripteur

- S'agit-il d'une orientation pour **OBÉSITÉ**: passez au point 6.
- S'agit-il d'une orientation pour **MUCOVISCIDOSE**: passez au point 7.
- S'agit-il d'une orientation pour une **AUTRE**: passez au point 8.

6. Orientation pour **OBÉSITÉ**

- **Comorbidités**: Indiquez **au moins 2** comorbidités liées à l'obésité et justifiez-les à l'aide de rapports pertinents, de résultats d'examens ou du compte rendu de consultation le plus récent*.

Comorbidités sur la base de l'anamnèse et/ou de l'examen clinique:

- ☐ syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS*) ou ronflements avec pauses respiratoires à l'anamnèse
- ☐ dyspnée à l'effort
- ☐ plaintes ou douleurs musculosquelettiques ayant un impact sur le fonctionnement quotidien
- ☐ incontinence diurne et/ou énurésie nocturne
- ☐ reflux gastro-œsophagien
- ☐ syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)

Comorbidités constatées par des mesures ou examens complémentaires:

- ☐ hypertension: TA supérieure au P95 selon l'âge
 - ≥ 13 ans: 130/80 mmHg
 - < 13 ans: valeurs P95 selon le sexe, l'âge et la taille
 - Référence: Blood pressure values in healthy normal weight children and adolescents in eight European countries: auscultatory and oscillometric measurements.

Comorbidités sur la base d'analyses de laboratoire et/ou d'examens diagnostiques complémentaires:

- ☐ insulino-résistance et/ou diabète de type 2
- ☐ stéatose hépatique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD)
- ☐ dyslipidémie (profil lipidique perturbé)

Autres comorbidités:

Veuillez justifier les comorbidités indiquées à l'aide des rapports médicaux pertinents, des résultats sanguins et/ou d'autres examens complémentaires.

- ☐
- ☐

- **Rapports/résultats** à joindre à ce formulaire :

- Veuillez joindre **le bilan sanguin le plus récent** avec au minimum les paramètres suivants:
 - numération formule sanguine complète (si disponible)
 - profil lipidique
 - AST/ALT
 - glycémie à jeun
 - insuline
- Si aucun prélèvement sanguin n'a été effectué auparavant, veuillez l'indiquer et en préciser la raison:

.....
- Joignez **la courbe de croissance** la plus récente
- Joignez, si disponibles, **les rapports pertinents (de consultation) ou autres examens complémentaires** étayant les comorbidités présentes.

Signez la demande sur la dernière page.

7. Orientation pour **MUCOVISCIDOSE**

- Critères d'exclusion infectieuse : pour des raisons de prévention des infections et de sécurité des patients, les patients présentant le statut microbiologique ci-dessous ne peuvent actuellement pas être admis au Zeepreventorium:
 - Colonisation par le complexe *Burkholderia cepacia* (BCC)
 - SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline)
 - Mycobactéries non tuberculeuses (MNT)

Si votre patient entre en ligne de compte pour une période de réadaptation, veuillez compléter le statut infectieux ci-dessous.

- Colonisation chronique (veuillez cocher):
 - ☐ *Pseudomonas aeruginosa*
 - ☐ *Achromobacter* spp.
 - ☐ Autre:
- Culture respiratoire positive au cours des 6 derniers mois:
 - ☐ *Pseudomonas aeruginosa*
 - ☐ *Achromobacter* spp.
- **Rapports et résultats d'examens à joindre:**
 - Joignez la courbe de croissance la plus récente.
 - Veuillez faire réaliser un examen d'expectoration récent (au maximum 2 semaines avant l'admission) et transmettre les résultats avant l'admission. Joignez les rapports médicaux pertinents, les comptes rendus de consultation et/ou autres examens complémentaires.
 - Joignez la courbe de croissance la plus récente.

Signez la demande sur la dernière page.

8. Orientation pour **une autre affection** que l'obésité ou la mucoviscidose

- **Rapports et résultats d'examens à joindre:**
 - Joignez les rapports médicaux pertinents, les comptes rendus de consultation et/ou autres examens complémentaires étayant la demande.
 - Joignez la courbe de croissance la plus récente.

Signez la demande sur la dernière page.

Fait à le

Nom et prénom du médecin prescripteur:

N° INAMI:

Service/cabinet:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Signature:

Cachet:

Adresse e-mail :

Si le médecin prescripteur est un médecin spécialiste en formation (ASO) ou un médecin généraliste en formation (HAIO). Adresse e-mail du superviseur (pour l'envoi des rapports):

.....
.....