

Séjour de repos ou de convalescence (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 du au 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

(Nom et signature du médecin traitant, numéro INAMI, date)