REHAB Basel, Clinique de neuroréhabilitation et paraplégie, Im Burgfelderhof 40, 4055 Bâle

Tél. 061 325 00 92 (administration patients) Email : bettenplanung@rehab.ch

NOM / Prénom:       Date de naissance:

Diagnostic:      Date de l’événement:

Admission par:

**Veuillez faire remplir le questionnaire par le membre du personnel soignant en charge du patient et nous le renvoyer par fax. Merci!**

**Signes vitaux/Respiration**

**oui non**

Pression artérielle stable? [ ]  [ ]

Pouls stable? [ ]  [ ]

Température stable? [ ]  [ ]

Valeurs SaO2 stables? [ ]  [ ]

Administration d’oxygène? [ ]  [ ]

Respiration artificielle? [ ]  [ ]

Thérapie respiratoire? [ ]  [ ]

Canule trachéale? [ ]  [ ]

Venflon? [ ]  [ ]

Cathéter veineux central? [ ]  [ ]

Cathérer artériel? [ ]  [ ]

Autres accès? Si oui, [ ]  [ ]

où?

**Communication oui non**

Le patient parle-t-il? [ ]  [ ]

Si oui, de manière intelligible?

 [ ]  [ ]

Au quotidien,

le patient réagit-il à des

questions ou demandes

de manière appropriée? [ ]  [ ]

Langue maternelle:

Connaissances en allemand [ ]  [ ]

**Handicaps** **oui non**

Handicap visuel [ ]  [ ]

Handicap auditif [ ]  [ ]

Contractures [ ]  [ ]

Escarres? Si oui, [ ]  [ ]

où?

**Elimination** **oui non**

Miction spontanée [ ]  [ ]

Cystofix [ ]  [ ]

Cathéter [ ]  [ ]

Selles spontanées [ ]  [ ]

Anus artificiel [ ]  [ ]

**Alimentation** **oui non**

Alimentation autonome? [ ]  [ ]

Quel type d’alimentation peut

être ingéré?

normal, solide, bouillie, liquide:

Toux plus fréquente

- en mangeant? [ ]  [ ]

- en buvant? [ ]  [ ]

Temps nécessaire pour le repas:

Sonde PEG? [ ]  [ ]

Sonde gastrique? [ ]  [ ]

Conseils diététiques? [ ]  [ ]

**Mobilité** **oui non**

Marche autonome [ ]  [ ]

Autonome avec une

aide au déplacement? [ ]  [ ]

Si oui, laquelle?

Autonomie

- lors du transfert? [ ]  [ ]

- lors du couchage? [ ]  [ ]

Grabataire? [ ]  [ ]

Marche avec 1 aide[ ]  2 aides[ ]

Transfert avec 1 aide[ ]  2 aides[ ]

Couchage avec 1 aide[ ]  2 aides[ ]

**Toilette autonome**  **oui non**

Se lave entièrement [ ]  [ ]

Se lave le buste [ ]  [ ]

Fait sa toilette intime [ ]  [ ]

Se lave les jambes [ ]  [ ]

S’habille entièrement [ ]  [ ]

S’habille – haut du corps [ ]  [ ]

S’habille – bas du corps [ ]  [ ]

**Orientation** **oui non**

Personnelle [ ]  [ ]

Dans le temps [ ]  [ ]

Dans l’espace [ ]  [ ]

Selon situation [ ]  [ ]

**Comportement / Psychisme** **oui non**

Motivé [ ]  [ ]

Coopératif [ ]  [ ]

Dépressif [ ]  [ ]

Agressif [ ]  [ ]

Agité [ ]  [ ]

Sans distanciation [ ]  [ ]

Tendance à fuir? [ ]  [ ]

Addictions? Si oui, quoi:

**Potentiel de réadaptation**  **oui non**

Le patient a-t-il fait

des progrès chez vous? [ ]  [ ]

**Pièces jointes** **oui non**

Formulaire MIF [ ]  [ ]

Compte rendu de soins [ ]  [ ]

Rapports thérapeutiques [ ]  [ ]

Rapport médical [ ]  [ ]

Autres:

**Isolement** **oui non**

[ ]  [ ]

Si oui:

Quel germe:

Localisation:

Conditions de logement avant la maladie/l’accident:

Relations (marié, célibataire, amis, etc.):

Environnement professionnel:

Objectifs du patient / des proches:

Lieu/date:       Signature: