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

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