Formulaire d'inscription Séjour pour Cure

Informations générales relatives au patient participant :

Nom : BOULANGER Prénom : LAURENCE

Rue: Place du cabaret Wallon N°: 17 Boîte: 17

Code postal : 7500 Commune : Tournai

Adresse e-mail : tatieboule@hotmail.com

Téléphone : / GSM : 0467/06.23.03

Date de naissance : 03/04/1973 Lieu de naissance : Audenaerde

Homme 0 Femme X

Souhaite participer au séjour de cure organisé par la Fondation des Brûlés du 13 octobre 2019 au 19 octobre 2019.

Avez -vous un dossier d'aide sociale à la Fondation des Brûlés Oui 0 Non 0 en cou

Souhaitez-vous être accompagné au camp de cure ? Oui 0 Non X

La personne qui vous accompagne doit accepter de partager votre quotidien, être autonome et ne pas présenter de problème majeur de santé.

Nom et prénom de l'accompagnant.....

Date de naissance : ... /... /... Lieu de naissance : .....

Lien de parenté ou autre lien : .....

Période de présence de l'accompagnant : Séjour complet OUI 0 NON 0

Ou du ... / ... / ... au ... / ... / ...

Fiche Médicale:

Remarque :
Ces informations sont strictement confidentielles et seront utilisées uniquement pour les nécessités médicales durant le séjour. Les faits importants sont utiles pour une prise en charge optimale.

Médecin traitant :

Nom du médecin traitant : Dr Forau, A
Adresse : Maison médicale Tournai
Vieux chemin d'Ere, 9
Tél.: 069/22 60 93

1. Informations à propos des brûlures

Date de l'accident qui a causé les brûlures ? 26 / 6 / 18

Lieu de l'accident :

☒ A la maison

○ Au travail

○ Autre :.....

Causes de la brûlure, spécifiez :

○ Flamme .....

○ Contact (ex: poêle) .....

○ Liquide chaud (ex: café, eau) .....

○ Produit chimique .....

○ Electricité .....

☒ Autres: incendie

Date de l'accident 26/6/18

Pourcentage total de la surface du corps brûlée : 45 %

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom: Daubie Nicolas

Adresse: Rue St Eloi n°4

Tournai

Tél.: Fixe - Maison : /

GSM: 0493/443.678

Au travail : /

E-mail: /

Vignette de la mutuelle de participant

Nom de la Mutualité : Socialiste

Numéro d'Affiliation :

Date

Signature participant

Localisation des brûlures :

Pour nous permettre d'adapter vos soins à vos cicatrices veuillez nous transmettre des photos récentes de celles-ci.
Si nécessaire contacter votre coordinateur de soins.

Date d'admission : 26 / 6 / 18 Date de sortie : 11 / 10 / 18

Dans quel centre des brûlés avez-vous été hospitalisé ?

O ZNA Stuyvenberg à Antwerpen
O UZ à Gent
O IMTR Loverval
O Autre .....
O Gasthuisberg à Leuven
O Hôpital Militaire de Neder-Over-Heembeek
O CHU de Liège

Avez-vous subi une ou plusieurs intervention(s) chirurgicale(s) suite à vos brûlures durant les 6 derniers mois ? Oui O Non O

Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales durant les 6 derniers mois ? Oui O Non O
Si oui, pourquoi ? .....

Une intervention chirurgicale est-elle planifiée endéans les mois suivant le séjour ?
Oui O Non O
Si oui, laquelle ?
.....

2. Avez-vous encore des limitations de vos mouvements ?

O Non

X Oui Lesquelles ? Mains - Coudes - Epaules - nuque
flex° genou gch

Portez-vous des attelles ?

O Non

X Oui Quand ? .....

Lesquelles ? Coudes + Mains

19

4. Thérapie compressive

1. Portez-vous des vêtements compressifs ?

O Non

X Oui Quand ? .....

Lesquels ? Gants - Masque dr / le restant vert à partir en confection

2. Portez-vous du silicone ?

O Non

X Oui Quand ? .....

Où ? Mineve

3. Portez-vous un masque compressif ?

O Non

O Oui Quand ? en confection

Lequel ? .....

5. Hydratation des cicatrices

Combien de fois par jour mettez-vous de la crème ? 5-6 x/ Jour

Laquelle ? Elvaskin

2. Médicaments :

Prenez-vous des médicaments ? *Oui* X *Non* 0 *Exigeant*

Médicaments	Posologie (x/jour)	A quelle heure

3. Kinésithérapie

1. *Avez-vous actuellement encore de la **kinésithérapie** ?*

Non 0 *Oui* X *Combien de fois par semaine ?* 7x/sem

Description du traitement :

- ***Mobilisations** - Exercices* *Non* 0 *Oui* X
  - *Combien de fois par semaine ? Quelles zones ?*
- ***Massage manuel*** *Non* 0 *Oui* X
  - *Combien de fois par semaine ? Quelles zones ?*
- ***Dépressomassage (LPG)*** *Non* X *Oui* 0
  - *Combien de fois par semaine ? Quelles zones ?*
- ***Autre ?***

Selon votre kiné cela pose-t-il un problème que votre traitement soit suspendu pend

semaine de Cure Thermale ?

Coordonnées de votre kinésithérapeute :

Nom.....VERHAEGHE.....SOPHIE

Adresse : .....

Tel. : .....*GSM:* .....

2. Antécédents médicaux

1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des affections suivantes :

1) diabète
2) épilepsie
3) maladie du foie
4) rhumatisme
5) maladie de la thyroïde
6) rhume des foins
7) addiction (alcool – drogues)
8) problèmes psychologiques
9) autres

2. Souffrez-vous d'allergie ?

Aux médicaments
1) oui/lesquels : (si oui, lesquels)
2) Autres médicaments : (si oui, lesquels)

Aux produits désinfectants
1) Eau de Javel
2) Eosine
3) Hibitane (Chlorhexidine)
4) Autres

Autres allergies
1) poussières
2) aspirine
3) autres

Avez-vous déjà eu une réaction grave en cas de vente ? 1) OUI 2) NON

3) si oui, laquelle ?

3. Nourriture :

Suivez-vous un régime particulier ? Oui 0 Non ●

Si oui, lequel ? 0 sans gluten 0 pauvre en sel 0 régime diabétique

0 Autre : .....

Y a-t-il des aliments qui ne vous sont pas autorisés pour des raisons religieuses ?

.....

3. Traitement en cours **actuellement**

1. Actuellement votre traitement a lieu :

   a. *Service de revalidation en interne* Non 0 Oui ●

   Lequel + Tél ? INTN Service des traités

   Reva programmée après SPA ou ext. sur Tou

   b. *Service de revalidation, en centre médical, en externe* Non 0 Oui 0

   Lequel ?

   Tel :

   c. *A votre domicile* Non 0 Oui 0

6. Suivi psychologique

Etes-vous suivi par un psychiatre ? Non 0 Oui 0 à quelle fréquence ?
Raison :
Etes-vous suivi par une psychologue ? Non : 0 Oui 0 à quelle fréquence ?
Raison :

7. **Avez-vous besoins d'une chambre pour personne à mobilité réduite ?**

Oui : 0 Non : 0

8. Informations supplémentaires

- ✓ Y a-t'il des activités auxquelles vous ne pouvez pas participer ?

  0 Non 0 Oui Lesquelles ? juste plaine de marche limit

- ✓ Pouvez-vous utiliser une baignoire ?

  0 Oui 0 Non (→Douche !)

- ✓ Y a-t-il d'autres renseignements sur lesquels vous voulez attirer notre attention et qui peuvent être utiles pour les organisateurs et accompagnateurs du séjour ?

.....

.....

Merci de votre aide. Ces informations doivent nous permettre de vous offrir une cure inoubliable !

Je soussigné(e) Boulanger Laurence confirme que les renseignements ci-joints sont corrects et complets.

Date 8/10/18 Signature du participant