

Données de contact du participant :

La participation financière pour le séjour de cure pour les victimes de brûlures est principalement prise en charge par la Fondation des Brûlés. Une contribution financière est demandée au participant. L'accompagnant partagera la même chambre en pension complète au prix de 420€ pour la semaine. (Entrée aux Thermes de Spa pour l'accompagnant compris (bain, sauna, hammam, relaxation). Les activités ne seront pas obligatoires pour l'accompagnant.

2

Un programme de soins personnalisés vous ~~sera~~ proposé par notre personnel spécialisé. Des soins spécifiques à votre situation vous seront réservés. C'est pourquoi, et afin d'optimiser les traitements, il est important que vous participiez à la totalité du séjour.

Dès que nous serons en possession des informations demandées, votre inscription vous sera confirmée personnellement. Le programme des activités vous sera envoyé avant le début du séjour.

Informations générales relatives au patient participant :

Nom: CORNU Prénom: FLORENT

Rue: Ch. de TONGRES N°: 105 Boîte:

Code postal: 4540 Commune: AMAY

Adresse e-mail: florentcornu02@gmail.com

Téléphone : GSM : 0495/11.58.33

Date de naissance : 02/11/28 Lieu de naissance : Saint-Saulve (France)

Homme

Femme

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

Je souhaite être accompagné au séjour de cure ? Oui 0 Non 0

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 ... / ... / ...

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom: CORBAN LAETITIA.....

Adresse: Avenue de Tongres 105
4540 Amay.....

Tél.: Fixe—Maison:.....

GSM: 0496/28.44.86.....

Au-travail :.....

E-mail: laetitia.corban@gmail.com

Patient envoyé par le centre des brûlés de : CHU de Liège.....

Vignette de la mutuelle de participant



Date

11/08/2017

Signature participant

Fiche Médicale:

Remarque:

Ces informations sont strictement confidentielles et seront utilisées uniquement pour les nécessités médicales durant le séjour. C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de nous communiquer les faits importants et utiles pour une prise en charge optimale.

Médecin traitant :

Nom du médecin traitant : KEPELSLEGERS Philippe
Adresse : Rue du PETIT VIAMONT 22
4540 ANOU
Tél: 0474/87 97 13

1. Informations à propos des brûlures

Date de l'accident qui a causé les brûlures ? 28/02/2016

Lieu de l'accident :

A la maison

Au travail

Autres :

Causes de la brûlure, spécifiez :

Flamme

Contact (ex: poêle)

Liquide chaud (ex: café, eau)

Produit chimique

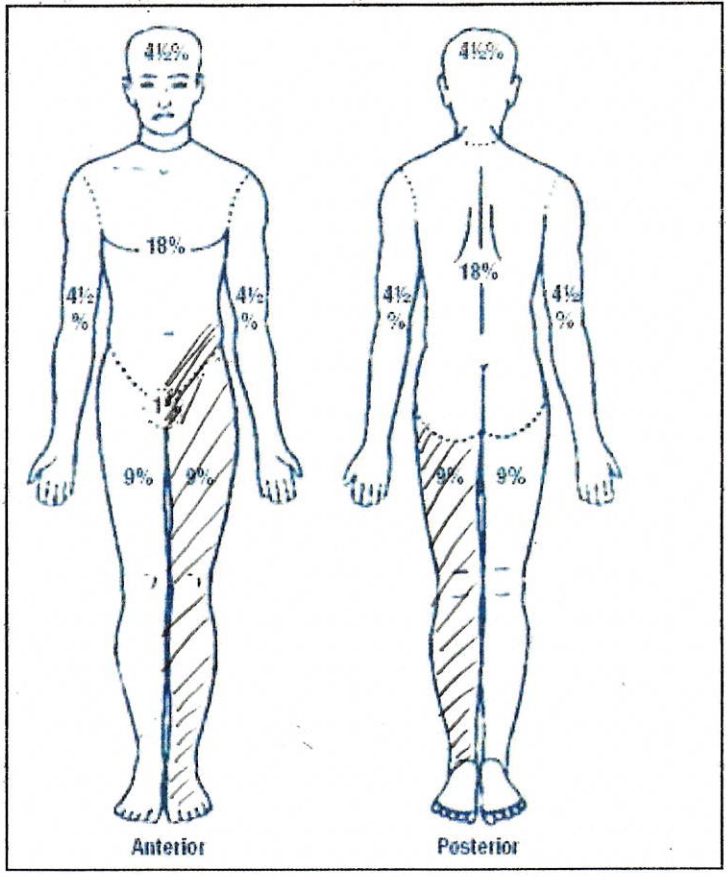
Electricité

Autres: Parcrite Néurobante

Pourcentage total de la surface du corps brûlée : 18 %

Localisation des brûlures :

Indiquez sur le dessin:



5

Indiquez-le comme ceci :



Date d'admission : 02/03/2016

Date de sortie : 06/06/2016

Dans quel centre des brûlés avez-vous été hospitalisé ?

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

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

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

Une intervention chirurgicale est-elle planifiée chez vous endéans les mois suivant le séjour ?
Oui Non

Si oui, laquelle ?
..... *opération du tendon d'Achille*

2. Antécédents médicaux

1. Souffrez-vous d'une ou plusieurs des affections suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> asthme |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> maladie du cœur |
| <input type="checkbox"/> maladie du foie | <input type="checkbox"/> maladie des reins |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme | <input type="checkbox"/> affection cutanée |
| <input type="checkbox"/> troubles de la thyroïde | <input type="checkbox"/> troubles de coagulation |
| <input type="checkbox"/> rhume des foins | <input type="checkbox"/> incontinence urinaire |
| <input type="checkbox"/> addiction (alcool - drogues) | |
| <input type="checkbox"/> problèmes psychologiques : | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |
| | |

2. Souffrez-vous d'allergies ?

Médicaments :
 Antibiotiques : (si oui, lesquels) :

Autres médicaments : (si oui, lesquels):

Produits désinfectants :
 Iso-Bétadine Eosine Hibitane (Chlorhexidine)
 Autres :

Certaines poussières/produits et/nourriture :

Poussières / Poissons et crustacés

Avez-vous déjà eu une réaction grave en cas de contact ? OUI NON

Si oui, laquelle ? Réaction cutanée / indigestion

3. Nourriture:

Suivez-vous un régime particulier ? Oui Non

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

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

Poissons et crustacés

3. Traitement en cours actuellement

1. Actuellement votre traitement a lieu :

a. Service de revalidation en interne Non Oui lequel ?

Tel :

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

Lequel ?

Tel :

c. A votre domicile Non Oui

2. Médicaments :

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Médicaments	Posologie (x/jour)	A quelle heure
LynBelta 60	1	8R
Dafalgan	1	8R

3. Soins infirmiers

Soins des plaies

Y a-t-il encore des brûlures qui doivent être soignées ?

Non Oui Passer aux informations supplémentaires

Oui Peux arriver ponctuellement

Où se situent-elles ? :

.....
.....

Crèmes : Iso-Bétadine Furacine Iruxol Fucidine Autres:.....

Quand ?fois /jour ou tous les jours

Autres soins :

.....

Avez-vous besoin d'aide pour votre toilette ? Non Oui

4. Kinésithérapie

1. Avez-vous actuellement encore de la kinésithérapie ?

Non Oui Combien de fois par semaine ? Tous les jours

Description du traitement :

- Mobilisations - Exercices Non Oui Combien de fois par semaine ? 3x

Quelles zones ?

- Massage manuel Non Oui Combien de fois par semaine ? 2x

Quelles zones ?

- Dépressomassage (LPG) Non Oui Combien de fois par semaine ?

Quelles zones ?

- Autre ? Drainage lymphatique

Coordonnées de votre kinésithérapeute : Nom Mme Cop Caroline

Adresse: Rue aux Fontaines 155
4480 Vertou St. HUB

Tel: GSM: 0494/75.29.76

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

Non

- Oui Lesquelles ? jambe gauche tendue, impossible
plier genoux et pied gauche en extension.

Portez-vous des attelles ?

Non

Oui Quand ?

Lesquelles ?

5. Thérapie compressive

1. Portez-vous des vêtements compressifs ?

Non

Oui Quand ? jour et nuit

Lesquels ? Bas compressif

Besoin d'aide pour le mettre ? non

2. Portez-vous du silicone ?

Non

Oui Quand ? jour

où ? jambe + hanche

Besoin d'aide pour le mettre ? non

3. Portez-vous un masque compressif ?

Non

Oui Quand ?

Lequel ?

Besoin d'aide pour le mettre ?

6. Hydratation des cicatrices

Combien de fois par jour mettez-vous de la crème ? de 2 à 3 x / jour

Laquelle ? Mitela

Besoin d'aide pour l'hydratation ? non

7. Suivi psychologique

Etes-vous suivi par un psychiatre ? Non Oui à quelle fréquence ?

Raison :

Etes-vous suivi par une psychologue ? Non : Oui à quelle fréquence ?

Raison :

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

Oui :

Non :

9. Informations supplémentaires

Y a-t-il des activités auxquelles vous ne pouvez pas participer ?

Non Oui Lesquelles ? *course, longue marche*

11

Pouvez-vous utiliser une baignoire (ou devez-vous prendre des douches) ?

Non Oui

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 camp ?

.....
.....
.....

4. Informations au sujet du transport

Avez-vous un problème de transport pour arriver à Spa - Hôtel Sol Cress, Spaloumont 5 à 4900 Spa ?

- Oui
 Non

Avez-vous un problème de transport pour quitter Spa et rentrer chez vous ?

- Oui
 Non

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

Je soussigné(e) *LORIN Florent* confirme que les renseignements ci-joints sont corrects et complets.

Date

11/08/2017

Signature du participant

