

Photo Visage



1

Cadre réservé à la Fondation des Brûlés

Age :

Formulaire d'inscription Cure-Fiche médicale
Octobre 2019

Nom-Prénom :

TBSA :

Nombre de mois post-burn :

Cure N° :

Date envoi :

Date réponse :

Catégorie CommSoc :

Mutuelle :

A compléter et renvoyer par courrier/par mail le 26 août 2019 à :

- Fondation des Brûlés
Rue Frans Landrainstraat 43
1970 Wezembeek-Oppem
- Yves Van Hassel yvh@fondationdesbrules.be
- Isabelle Danneels id@fondationdesbrules.be

Formulaire d'inscription Séjour pour Cure

Informations générales relatives au patient participant :

2

Nom : Prénom :

Rue:..... N°: Boîte:

Code postal : Commune :

Adresse e-mail :

Téléphone : GSM :

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

Homme 0 Femme 0

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

Souhaitez-vous être accompagné au camp 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:

Adresse:

.....

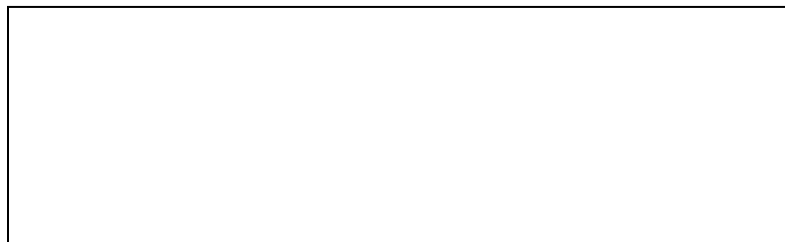
Tél.: Fixe - Maison :.....

GSM:

Au travail :.....

E-mail:

Vignette de la mutuelle de participant



Nom de la Mutualité :

Numéro d’Affiliation :

Date

Signature participant

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 :

Adresse :

Tél:

5

1. Informations à propos des brûlures

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

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:

Date de l'accident

Pourcentage total de la surface du corps brûlée :%

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 ://

Date de sortie ://

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 plusieurs intervention(s) chirurgicale(s) suite à vos brûlures durant les 6 derniers mois ? Oui 0 Non 0

Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales durant les 6 derniers mois ? Oui 0 Non 0
Si oui, pourquoi ?

Une intervention chirurgicale est-elle planifiée endéans les mois suivant le séjour ?

Oui 0 Non 0

Si oui, laquelle ?
.....

2. Antécédents médicaux

1. Souffrez-vous d'une ou plusieurs 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 ?

Aux médicaments :

- Antibiotiques : (si oui, lesquels) :
- Autres médicaments : (si oui, lesquels) :

Aux produits désinfectants :

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

Autres allergies :

- poussières
- nourriture :
- autres :
-

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

Si oui, laquelle ?

3. Nourriture :

Suivez-vous un régime particulier ? Oui 0 Non 0

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 0

Lequel + Tél ?

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

Lequel ?

Tel :

c. A votre domicile Non 0 Oui 0

2. Médicaments :

Prenez-vous des médicaments ? Oui 0 Non 0

Médicaments	Posologie (x/jour)	A quelle heure

3. Kinésithérapie

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

Non 0 Oui 0 Combien de fois par semaine ?

Description du traitement :

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

Selon votre kiné cela pose-t-il un problème que votre traitement soit suspendu pendant la semaine de Cure Thermale ?

Coordonnées de votre kinésithérapeute :

Nom.....

Adresse :

Tel. :GSM:

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

- Non
- Oui *Lesquelles ?*
-

Portez-vous des attelles ?

- Non
- Oui *Quand ?*
- Lesquelles ?*

4. Thérapie compressive

1. *Portez-vous des vêtements compressifs ?*

- Non
- Oui *Quand ?*
- Lesquels ?*

2. *Portez-vous du silicone ?*

- Non
- Oui *Quand ?*
- Où ?*

3. *Portez-vous un masque compressif ?*

- Non
- Oui *Quand ?*
- Lequel ?*

5. Hydratation des cicatrices

Combien de fois par jour mettez-vous de la crème ?

Laquelle ?

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 ?

✓ 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) confirme que les renseignements ci-joints sont corrects et complets.

Date

Signature du participant