

Tel : 2745 - 9000  
Fax : 2745 - 8000  
19, av. Emile Reuter  
L-2420 Luxembourg  
seap@elisabeth.lu

CIPA - Ste Elisabeth am Park  
**DEMANDE DE RESERVATION**  
SEJOUR EN LIT DE VACANCES



Version 2015/06

DA21.0-05

<b>Période</b>	du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ = _____ <b>Nuits</b> (min. 6 nuits; Jour d'entrée : LU-JE)	<b>Chambre</b> Non-fumeur !	<b>N°</b> (rés. à l'ADM)	<b>Prix/Nuit</b> Selon indice actuel du coût de la vie
----------------	---	--------------------------------	-----------------------------	---

**Motif :** .....  
.....  
.....

<b>CLIENT</b>	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>N° Client</b>	(rés. à l'ADM)
<b>Nom / Prénom</b>		<b>Nom de jeune fille</b>	
<b>Date de naissance</b>		<b>Lieu de naissance</b>	
<b>Matricule sociale</b>		<b>Caisse de maladie</b>	
<b>Nationalité</b>		<b>Langues parlées</b>	<input type="checkbox"/> Lux. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> .....
<b>État civil</b>	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e)		
<b>Tel.</b>	Tel: ..... GSM : .....		
<b>E-mail / Fax</b>	Email: ..... Fax : .....		
<b>Adresse</b>	Nr, rue : ..... CP: ..... Localité: ..... Commune: .....		
<b>Lieu de séjour actuel</b>	<input type="checkbox"/> Adresse comme susmentionné <input type="checkbox"/> En hôpital : ..... <input type="checkbox"/> Autre (Précisez s.v.p.): .....		

**ENTOURAGE**

<b>Personne de contact 1</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Assistant Social <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	Nom / Prénom : ..... Tél. (privé) : ..... Tél. (bureau): ..... E-mail : ..... Fax : ..... Adresse : .....		
<b>Personne de contact 2</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Assistant Social <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	Nom / Prénom : ..... Tél. (privé) : ..... Tél. (bureau): ..... E-mail : ..... Fax : ..... Adresse : .....		
<b>Confirmation de réservation envoyer à</b>	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 <input type="checkbox"/> par courrier <input type="checkbox"/> par fax <input type="checkbox"/> par e-mail		
<b>Adresse de facturation</b>	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2		
<b>Pendant séjour en CIPA</b>	En cas d'urgence, contacter:	<input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 <input type="checkbox"/> Personne de contact 1 <input type="checkbox"/> Personne de contact 2 Autre : ..... Tél. ....	
	Personne s'occupant du linge:		

Voir verso : compléter et signer - Merci ☺

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX (un rapport médical peut être joint)			
<b>Médecin (s) traitant :</b> Nom: ..... Tél. : ..... Nom: ..... Tél. : .....			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Diabète : ..... <input type="checkbox"/> insulino-dépendant  <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque: .....  <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle: .....  <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire: .....  <input type="checkbox"/> Maladie digestive: .....  <input type="checkbox"/> Maladie démentielle: .....  <input type="checkbox"/> Parkinson  <input type="checkbox"/> Arthrite/ Arthrose </div> <div style="width: 50%;"> <b>Autre :</b> .....   <b>Traitements en cours</b>  <input type="checkbox"/> Anticoagulant  <input type="checkbox"/> Traitement analgésique  <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie  <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> Plaie en traitement: ..... </div> </div>			
<b>Tabagisme :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <b>Régime alimentaire</b> (ordonnance médicale) : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui précisez svp : ..... <b>Allergie(s) alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui précisez svp : .....			
SOINS ET ASSISTANCE		Décrivez s.v.p. brièvement le besoin d'aide (en cas de demande ou de décision d'assurance dépendance, veuillez joindre une copie des documents à la présente demande)	
Une <b>demande Assurance Dépendance</b> a été introduite ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date : .....	
Il existe un <b>plan de prise en charge</b> Assurance Dépendance ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date : .....	
Le client est assisté par un <b>réseau de soins à domicile</b> ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui lequel : .....	
Le client fréquente régulièrement un <b>Foyer de jour</b> ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui lequel : .....	
<b>Hygiène</b>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète Matériel incontinence: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>Nutrition</b>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide minimale-partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète <b>Aides techniques:</b> <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Rollateur <input type="checkbox"/> Chaise roulante <input type="checkbox"/> Lève-personne <b>Risque de chute connu:</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - Moyen de prévention : .....
<b>Mémoire</b>	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Mauvaise
<b>Orientation</b>	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Mauvaise
<b>Besoin d'encadrement et de soutien</b> <i>Pour les séjours en lit de vacances, <b>un accord préalable</b> par un responsable est indispensable pour confirmer la prise en charge dans les groupes de vie interne. Le nombre des places est limité.</i>			<input type="checkbox"/> Activité spécialisée en groupe <input type="checkbox"/> Garde en groupe (jour)
Risque de « fugue » (dû à un trouble cognitif) connu ?			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Le CIPA Ste Elisabeth am Park ne dispose pas d'unité spécifique adaptée à la prise en charge de personnes présentant un risque de fugue dû à des troubles cognitifs identifiés. **Il est possible de quitter le bâtiment à tout moment et nous ne disposons pas de milieu extérieur protégé et sécurisé** (voie publique). Les portes coupe-feu ne peuvent pas être fermées et ne sont pas surveillées. Les accès principaux sont équipés de caméras de surveillance.

Par la présente, je confirme l'exactitude des données et déclare d'être d'accord avec l'archivage électronique et le traitement de ces données auprès de la Claire asbl. Nous confirmons le traitement confidentiel des données recueillies.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Client ou représentant \_\_\_\_\_

**Renvoyez ce formulaire s.v.p. par fax, e-mail ou par courrier.**  
**Vous serez contacté, dans les meilleurs délais, par un responsable pour donner suite à la présente demande.**  
**Nous ne traitons que les formulaires dûment remplis et signés.**  
**Merci pour votre compréhension.**