

**Demande d'admission**

Le soussigné prie la direction et l'équipe médicale d'admettre le patient (nom et prénom)

dont il/elle est { le père  
la mère  
le tuteur

Lieu et date de naissance du patient:

Nationalité: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Quelle année d'études le patient suit-il actuellement? \_\_\_\_\_

S'il s'agit de l'enseignement spécialisé: de quel type? \_\_\_\_\_

Démarches à suivre pour l'admission d'un patient:

1. remplir et signer la demande;
2. demander au médecin traitant de compléter, de façon très détaillée, le certificat médical et d'y ajouter les copies des examens déjà effectués et/ou les rapports d'hospitalisation;
3. envoyer la demande directement au Zeepreventorium, service d'admission;
4. le Zeepreventorium avertira les parents de la date prévue pour l'admission.

Date \_\_\_\_\_

Signature

A compléter de façon détaillée par le médecin traitant.

## CERTIFICAT MEDICAL

● **Antécédents familiaux**

(en attirant l'attention sur les allergies, les affections respiratoires, gastro-intestinales et métaboliques):

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Frères : \_\_\_\_\_

Sœurs : \_\_\_\_\_

● **Vaccinations :**

Polio : \_\_\_\_\_

Diteper : \_\_\_\_\_

HIB : \_\_\_\_\_

Hép. B : \_\_\_\_\_

Dité rappel : \_\_\_\_\_

Rougeole - rubéole - oreillons : \_\_\_\_\_

Vaccin Méningococcique : \_\_\_\_\_

Vaccin BCG : \_\_\_\_\_

● **Dernier contrôle Tuberculose: date** \_\_\_\_\_ **résultat:** \_\_\_\_\_ **TBC familial:** \_\_\_\_\_

● **Antécédents personnels**

(troubles survenus durant l'enfance, interventions chirurgicales) :

Poids actuel: \_\_\_\_\_ kg. Taille: \_\_\_\_\_ m. BMI:  $\frac{kg}{m^2}$  = \_\_\_\_\_

● **Motif et diagnostic de l'admission:**

● **Données médicales relatives à la problématique actuelle à traiter et schéma de la médication présente:**

N.B.: veuillez joindre les copies des séjours hospitaliers et/ou les rapports de consultations.

Rédigé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet (adresse + N° INAMI).

Signature de médecin