



Demande d'admission dans un établissement médico-social (EMS)

Demande d'admission pour un hébergement : En urgence Préventif

Inscrit à MonDossierMédical.ch : Oui Non

CONFIDENTIEL

EMETTEUR (timbre)

Formulaire rempli par :

Date:

Service:

DESTINATAIRE

A :

Service :

1. IDENTITE DU CLIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Origine :

Sexe :

Etat civil :

Date de naissance :

N° de tel :

Adresse :

Chez :

NPA :

Localité :

Confession :

Langue(s) parlée(s):

Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui Non

Si oui, depuis le :

Nom de l'institution :

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS :

N° SPC :

Autres rentes :

Caisse maladie :

N° Assuré :

N° carte assurance

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Curatelle :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Inscription auprès d'autres établissements : Oui Non

Si oui, lesquels :

3. ENTOURAGE / REPOUNDANT

Nom, prénom	Lien	Adresse et Email	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage:	COCHER	Logement:	COCHER
Vit seul	<input type="checkbox"/>	Appartement	<input type="checkbox"/>
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>	Villa	<input type="checkbox"/>
Avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	IEPA	<input type="checkbox"/>
Animal domestique	<input type="checkbox"/>		
Entourage - Préciser :	<input type="text"/>		
Logement - Autre :	<input type="text"/>		
Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) :			
<input type="text"/>			
Activités, loisirs :	<input type="text"/>		
Encadrement médico-social à domicile :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :			

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

6. PREPARATION A L'ADMISSION

Documents en annexe : Oui Non

Lesquels :

Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Demande d'admission établie le :

Signature:

par :

Nom: Prénom: Né(e)le:

7. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Logement	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins spécifiques	Oui	Non		Moyens aux. et matériel	Oui	Non	
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :				Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil / rythme	Oui	Non		Respiration	Oui	Non	
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	Oui	Non		Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/> <th><input type="checkbox"/> <th></th> </th>	<input type="checkbox"/> <th></th>	
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Etat psychique	Oui	Non	
Comportement	Oui	Non		Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Régime alimentaire (Oui) / (Non) - préciser:

Fumeur (Oui) / (Non) - préciser:

MRSA (Oui) / (Non) - préciser: