



Demande d'admission

A remplir par les services sociaux ou à défaut par la personne elle-même ou son entourage

| | | |
|--|--------------------------------------|---------------------|
| EMETTEUR (timbre) Formulaire rempli par : | Personne ou service à contacter : | Destinataire À : |
| | N° tél. | |
| | Nom médecin responsable : | Service : |
| | N° tél. | |
| Date : | | |

1. Identité du client

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Nom de jeune fille : | Origine : |
| Confession : | Etat-civil : |
| Adresse : | Date de naissance : |
| Chez : | Langue(s) parlée(s) : |
| NPA : | Localité : |
| Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | N° de tél. : |
| Si oui, depuis le : | Demande d'admission pour un hébergement En urgence <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> |
| Nom de l'institution : | |

2. Renseignements administratifs

| | |
|--|--------------------------|
| Caisse-maladie (nom et adresse) : | N° d'AVS : |
| N° d'assuré(e) : | Autres rentes : |
| N° carte assurance : | N° SPC : |
| Répondant financier – tuteur – curateur : Nom-Prénom : | Médecin traitant : |
| Adresse : | Nom : |
| N° de téléphone : | Adresse : |
| Inscription(s) auprès d'autre(s) établissements (s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | N° de téléphone : |
| Si oui, nom(s) : | |

3. Motif(s) de la demande

| |
|-------|
| |
| |
| |

4. Entourage

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Lien : |
| Tél. privé : | Tél. prof : |
| e-mail : | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Lien : |
| Tél. privé : | Tél. prof : |
| e-mail : | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Lien : |
| Tél. privé : | Tél. prof : |
| e-mail : | |
| Service social ou autres : | |
| | |

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <u>Entourage</u> (préciser) : | |
| | |
| | |
| Vit seul(e) | <input type="checkbox"/> |
| Avec conjoint | <input type="checkbox"/> |
| Avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> |
| Animal domestique | <input type="checkbox"/> |
| Autre (préciser) : | |
| <u>Logement</u> | |
| Appartement | <input type="checkbox"/> |
| Villa | <input type="checkbox"/> |
| Immeuble avec encadrement | <input type="checkbox"/> |
| Etablissement long séjour | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) remarque(s) : | |

| |
|---|
| Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc) : |
| |
| |
| |

Activités, loisirs :

.....
.....

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

| Activités | seul | avec aide | Dépendant | Activités | 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 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 les 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"/> |
| Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire la lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se coucher / se lever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire le ménage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déplacement à l'aide de (préciser) | <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 auxiliaires | oui | non |
| Soins d'escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse dentaire supérieure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pansements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèse dentaire inférieure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Appareil(s) acoustique(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Matelas anti-escarre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lavage de vessie | <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 (préciser) : | | | Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | autre (préciser) : | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rythme veille/sommeil : | oui | non | Incontinence : | oui | non |
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perturbé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec médicament(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiration : | oui | non |
| Etat psychique : | oui | non | Sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souffle court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Expectorations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportement : | oui | non |
| Reconnaissance des personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Calme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tendance aux chutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Risque de fugue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anxieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Régime alimentaire (à préciser) : | | | 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"/> |

7. Renseignements importants et observations à domicile :

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Objectifs atteints :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Objectifs non atteints :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Mesures d'encadrement à domicile

Oui Non
Prestations et fréquences :
.....
.....
.....
.....
.....

Etabli par (en majuscule svp) :

Date :

Signature du client :