

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

1

É M E T T E U R

Formule remplie par :

Nom :

.....

.....

.....

Date :

 Espace de vie SA

Espace de vie SA.
Service des admissions
Chemin de l'Ecu 1
1219 Châtelaine

UATR souhaité :

- Saint-Loup, Versoix
 La Châtelaine, Châtelaine
 Pas de préférence, 1^{ère} disponibilité

2

I D E N T I T É D U C L I E N T

Nom : Langue(s) :

Nom de jeune fille : Origine/canton d'origine :

Prénom : Nationalité :

Date de naissance : Confession :

Lieu de naissance : Provenance :

État civil :

Adresse :

.....

Téléphone :

3

R E N S E I G N E M E N T S A D M I N I S T R A T I F S

Caisse maladie : N° AVS :

N° carte : N° SPC :

N° d'assuré(e) : Date de validité carte assurance :

Répondant financier – Tuteur - Curateur

Médecin traitant :

Nom : Nom :

Adresse : Adresse :

.....

Tél :

Tél :

4

Motif de la demande

.....
.....
.....

5

Entourage (1)

Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :

Entourage (2)

Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :

Entourage (3)

Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :
Service social ou autre :

6

Directives anticipées déjà établies **oui** (à joindre au formulaire) **non**

Si NON:

Hospitalisation en cas d'urgence vitale **oui** **non**

Hospitalisation en cas de péjoration de l'état de santé (fracture, état infectieux sévère...)

oui **non**

7

Suivi de soins à domicile **oui** **non**

Nom et téléphone :

Adresse mail :

Fréquence et prestations :

(cocher ce qui convient)

Vit seul(e)

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Autres :

Centres d'intérêts :

Faits marquants, ancienne profession, etc. :

Autres :



8

Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)	Activité :			Activité :		
	Seul	Avec stimulation	Dépendant	Seul	Avec stimulation	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<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"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hygiène des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilisation dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'aide de : préciser					<input type="checkbox"/>	<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"/>	Autres (préciser)		
Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres (préciser)		

Rythme veille/sommeil	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel (barrières, matelas à air ...)		
.....		

État cognitif	oui	non
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendances aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Tendances aux fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Régime alimentaire normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Régime :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

(Préciser)

Texture :

Allergies :

Particularités

Incontinence	oui	non
Urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modèle :		

Respiration	oui	non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement	oui	non
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vacciné COVID	oui	non
Date de la dernière dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7