

## DEMANDE D'ADMISSION

### Confidentiel

|  |   |  |
|--|---|--|
| EMETTEUR (timbre)<br>Formule remplie par :<br><br><br><br><br><br>Date : ..... | Personne ou service à contacter :<br>Nom : .....<br>.....<br>N° tél. : .....<br>Nom médecin responsable :<br>.....<br>.....<br>.....<br>N°tél. : .....<br>Email : ..... | DESTINATAIRE<br><br>à : .....<br>.....<br>.....<br>Service : .....<br>.....<br>..... |
|--|---|--|

### 1. Identité du client

|  |   |
|--|---|
| NOM : .....                                    | PRENOM : .....  |
| Nom de jeune fille : .....                     | Origine : .....   |
| Confession : .....                             | Etat civil : .....  |
| Adresse : .....                                | Date de naissance : .....                                 |
| .....  | Langue(s) parlée(s) : .....                               |
| Chez : .....                                   | .....   |
| N°tél. : .....                                 | .....   |
| Hospitalisé(e) au moment de la demande : ..... | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, depuis le : .....                      | Nom de l'institution : .....                              |

### 2. Renseignements administratifs

|  |   |
|--|---|
| Caisse-maladie (nom et adresse) :<br>.....           | N° AVS : .....  |
| .....  | N° OCPA : .....   |
| N° d'assuré : .....                                  | Médecin traitant : .....                                  |
| Répondant financier – tuteur – curateur : .....      | Nom : .....   |
| Nom : .....  | Adresse : .....   |
| Adresse : .....                                      | .....   |
| N° tél. : .....                                      | N° tél. : .....   |
| Inscription(s) auprès d'autre(s) établissements(s) ? | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  | Si oui, nom(s) : .....                                    |
|  | .....   |

### 3. Motif(s) de la demande

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

### 4. Entourage

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Nom : .....                     | Prénom : .....     |
| Adresse : .....                 | Lien : .....       |
| Tél. privé : .....              | Tél. prof. : ..... |
| adresse mail : .....            |                    |
| Nom : .....                     | Prénom : .....     |
| Adresse : .....                 | Lien : .....       |
| Tél. privé : .....              | Tél. prof. : ..... |
| adresse mail : .....            |                    |
| Nom : .....                     | Prénom : .....     |
| Adresse : .....                 | Lien : .....       |
| Tél. privé : .....              | Tél. prof. : ..... |
| adresse mail : .....            |                    |
| Service social ou autre : ..... |                    |
| .....                           |                    |
| Clef déposée chez :             |                    |
| Nom : .....                     | Prénom : .....     |
| Adresse : .....                 | Lien : .....       |
| Tél. privé : .....              | Tél. prof. : ..... |

### 5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

|  |  |
|--|--|
| Entourage :  | Conditions logements :                         |
| vit seul(e) <input type="checkbox"/>               | étage nombre.....                              |
| avec conjoint <input type="checkbox"/>             | pièces nombre.....                             |
| avec enfant(s) <input type="checkbox"/>            | escalier <input type="checkbox"/>              |
| autre (préciser) .....                             | ascenseur <input type="checkbox"/>             |
| .....  | salle de bains <input type="checkbox"/>        |
|  | eau chaude <input type="checkbox"/>            |
|  | chauffage central <input type="checkbox"/>     |
| Logement :   | cuisinière à gaz <input type="checkbox"/>      |
| appartement <input type="checkbox"/>               | cuisinière électrique <input type="checkbox"/> |
| villa <input type="checkbox"/>                     | système de sécurité <input type="checkbox"/>   |
| immeuble avec encadrement <input type="checkbox"/> | autre(s) remarque(s) : .....                   |
| Etablissement long séjour <input type="checkbox"/> | .....  |
|  | .....  |

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

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

Activités, loisirs :

.....  
 .....

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

| Activité :                           | seul                     | avec Aide                | dépendant                | Activité :                   | 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) : |                          |                          |                          | 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"/> |                          | autre (préciser) :           |                          |                          |                          |
| .....                                |                          |                          |                          | .....                        |                          |                          |                          |
| Lavage de vessie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Incontinence :               | oui                      | non                      |                          |
| Autre (préciser) :                   |                          |                          |                          | urine                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| .....                                |                          |                          |                          | selle                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Rythme veille/sommeil :              | oui                      | non                      |                          | Respiration :                | oui                      | non                      |                          |
| normal                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | sans problème                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| perturbé                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | souffle court                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| avec médicament (s)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | expectorations               | <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"/> |                          |
| orientation dans le temps            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | agité                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| orientation dans l'espace            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | anxieux                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| reconnaissance des personnes         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | agressif                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Tendance aux chutes                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | état dépressif               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Risque de fugue                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | déambulation                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Régime alimentaire (préciser) :      |                          |                          |                          | agressivité verbale          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| .....                                |                          |                          |                          | agressivité gestuelle        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| .....                                |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

.....

MRSA (cocher ce qui convient) : oui  non

## 7. Renseignements importants et observations à domicile

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :

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

Objectifs atteints :

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

Objectifs non atteints :

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

## 8. Mesure d'encadrement à domicile

Remarques :

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

Etabli par (en majuscules svp) :

Date :

Signature du client :

## 9. Décision du destinataire de la demande d'admission

Acceptation de la demande : oui  non

date : .....

Si refus, motifs : .....

En attente, motifs : .....