

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

Demande d'admission pour un hébergement :  En urgence  Préventif  
 Inscrit à MonDossierMédical :  Oui  Non

**CONFIDENTIEL**

### EMETTEUR (timbre)

Formulaire rempli par :

Date :

Service :

### DESTINATAIRE

A :

Service :

### 1. IDENTITE DU CLIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe :

Etat civil : --

Date de naissance :

N° de tel. :

Adresse :

Chez :

NPA :

Localité :

Origine :

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 :

N° Assuré :

Autres rentes :

#### Caisse maladie :

Nom :

Adresse :

#### Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

#### Curatelle :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

**Inscription auprès d'autres établissements :**  Oui  Non

Si oui, lesquels :



Nom: ..... Prénom : ..... Né(e)le : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

6. 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 :

**7. PREPARATION A L'ADMISSION**

Documents en annexe :  Oui  Non

Lesquels :

**Personne de contact pour annoncer l'admission :**

Nom :

Adresse :

N° de tel. :