

**DEMANDE D'ADMISSION**

Urgente

Préventive

Renseignements strictement confidentiels

**1. Données personnelles**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Prénom du conjoint : .....  
Adresse : .....  
N° postal : ..... Localité : .....  
Téléphone(s) : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Etat civil : ..... Confession : .....  
Nationalité : ..... Autorisation de séjour :  B  C  
Commune d'origine : ..... Canton d'origine : .....  
Pays d'origine (pour les étrangers) : .....  
Langue(s) parlée(s) : .....

Existe-t-il un encadrement médico-social à domicile (soins à domicile, accompagnement par des proches etc.) :  Oui  Non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) : .....  
.....

Inscription autre EMS :  Oui  Non

Si oui, dans quel établissement ? : .....

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

Si oui, depuis le : ..... Nom de l'institution : .....

\*Inscrit à MonDossierMédical.ch :  Oui  Non

\* MonDossierMedical.ch est un système sécurisé de partage de documents médicaux informatisés.  
Grâce à cet outil, un patient a accès à ses données médicales. Il choisit aussi qui peut les consulter.

## 2. Personne de référence à contacter

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
N° postal : ..... Localité : .....  
Lien de parenté : ..... Tél. privé : .....  
Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....  
Email : .....  
Professionnel du réseau socio-sanitaire : .....  
(Exemple : assistante sociale)

## 3. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) : .....  
.....  
N° d'assuré : ..... N° de police : .....  
Médecin traitant (nom et adresse) : .....  
.....  
Téléphone : .....  
N° AVS : ..... N° bénéficiaire SPC : .....

Dans la mesure où des prestations complémentaires sont demandées, le bail du précédent domicile, s'il existe,

- a été résilié en date du : .....
- sera résilié pour la date du : .....

Une copie de la résiliation du bail sera demandée lors de votre admission dans l'établissement.

## 4. Situation financière

***Se référer au document « informations complémentaires à la demande d'inscription » joint à la présente.***

## 5. Demande d'admission remplie par

Futur Résidant       \* Curateur       \* Représentant  
 Autres : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .....

\* Merci de joindre la copie de la décision du Tribunal, ou de la procuration

## 6. Filiation - Entourage

Nombre d'enfants \_\_\_\_\_

Identités :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

### Donnons toute procuration utile à

\* Merci de joindre la copie du livret de famille

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

## 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 problème	<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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<b>Régime alimentaire :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : .....		
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fumeur</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : .....		
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Par la présente coche, la personne accepte d'être enregistrée sur l'application informatique \*GestPlace. Ceci peut impliquer la mise à disposition de ses données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés (HUG, EMS également choisis).

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que la « demande d'admission », le document « informations complémentaires à la demande d'inscription », ainsi que toutes les annexes éventuelles sont conformes à la réalité et complets.

Signature du requérant  
ou de son représentant

Lieu et date : .....

\* Application informatisée « métier » pour le réseau de soins genevois déployée par l'Etat de Genève.

**Annexes :** « Procédure d'admission »  
« Informations complémentaires à la demande d'inscription »