

3. Motif(s) de la demande

.....

4. Entourage

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

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"/>
Logement :		eau chaude	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	chauffage central	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
établissement long séjour	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
		autre(s) remarque(s) :	
		

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 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 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"/>
déplacements 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"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre (préciser) :			
lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
autre (préciser) :				Incontinence :	oui	non	
				urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme veille/sommeil :		oui	non	selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration :	oui	non	
				sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etat psychique :		oui	non	souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :	oui	non	
reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux chutes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fugue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	état dépressif	<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"/>	
.....				troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Activités, loisirs :

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. Mesures d'encadrement à domicile

Remarques

.....

Etabli par (en majuscule 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 :

.....

DEMANDE D'ADMISSION

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

EMETTEUR (timbre)
Formule remplie par :

Personne ou service à contacter :

Nom :

N° de tél. :

Nom médecin responsable :

N° de tél. :

Date :

DESTINATAIRE

à :

Service :

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 non

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

2. Renseignements administratifs

Caisse - maladie (nom et adresse)

N° AVS :

.....

N° OCPA :

N° d'assuré :

Répondant financier - tuteur - curateur :

Médecin traitant :

Nom :

Nom :

Adresse :

Adresse :

N° tél. :

N° tél. :

Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ?

oui non

Si oui, nom (s) :