

Propriétaire du document : Service administratif

Confidentiel

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

EMETTEUR (timbre) Formulaire rempli par : Date :	Personne ou service à contacter : N° tél. Nom médecin responsable : N° tél.	Admission à l'EMS La Petite Boissière <input type="checkbox"/> Les Charmilles <input type="checkbox"/> Liotard <input type="checkbox"/>
--	---	--

1. Identité du client

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Origine :
Confession :	Etat-Civil :
Adresse :	Date de naissance :
Chez :	Langue(s) parlée(s) :
N° de 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) :	N° d'AVS :
N° d'assuré(e) : ..	N° SPC :
Répondant financier - tuteur - curateur :	Médecin traitant :
Nom-Prénom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissements (s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nom(s) :	

Propriétaire du document : Service administratif

3. Motif(s) de la demande

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

4. Entourage

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
e-mail :	Tél. prof :
	Tél. privé :
	Tél. mobile :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
e-mail :	Tél. prof :
	Tél. privé :
	Tél. mobile :
Service social ou autres :	
.....	
Clé déposée chez :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
e-mail :	Tél. prof :
	Tél. privé :
	Tél. mobile :

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Conditions logements :	
Vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	Escalier	<input type="checkbox"/>
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>	Ascenseur	<input type="checkbox"/>
Avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Salle de bains	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :		Eau chaude	<input type="checkbox"/>
Animal domestique	<input type="checkbox"/>	Chauffage central	<input type="checkbox"/>
Préciser :			
Logement :		Situation / Equipement du logement :	
Appartement	<input type="checkbox"/>	Etage (nombre)	
Villa	<input type="checkbox"/>	Pièce (nombre)	
D1 ou D2	<input type="checkbox"/>	Equipement	
Etablis. Pour pers. âgées	<input type="checkbox"/>		
Téléalarme	<input type="checkbox"/>	Equipement :	
		Cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
		Cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>

Propriétaire du document : Service administratif

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

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

Activités, loisirs :

.....
.....

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 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)	<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 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"/>			
Autre (préciser) :					

Rythme veille/sommeil :	oui	non	Incontinence :	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Etat psychique :	oui	non	Respiration :	oui	non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Tendance aux chutes	oui	non	Comportement :	oui	non
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anxieux	<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"/>

Propriétaire du document : Service administratif

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 :

.....
.....