

Propriétaire du document : Service des soins

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier

La Petite-Boissière ☐

Les Charmilles ☐

Liotard ☐

1. Données personnelles du patient

Nom :	Demande d'admission :
Prénom :	Préventive ☐ Définitive ☐
Date de naissance :	Date souhaitée d'admission :

2. Médecin traitant

Nom :	Adresse :
Prénom :	
Téléphone :	Courriel :

Si vous êtes le médecin traitant habituel du futur résident(e), poursuivrez-vous son suivi après son admission en résidence, à condition de pouvoir vous déplacer ? oui ☐ non ☐

3. Renseignements médicaux

Poids : Taille :

Allergies et/ou intolérances : Oui ☐ Non ☐ si oui à préciser :

Directives anticipées : Oui ☐ Non ☐ IMU :

Problèmes de santé actuels :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux (joindre une copie des lettres de sorties hospitalière) :

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

Propriétaire du document : Service des soins

4. Traitement en cours (joindre l'ordonnance actuelle)

.....
.....

5. Motif(s) de la demande d'admission en résidence EMS

.....
.....

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

Moyens auxiliaires	oui	non		oui	non
Prothèse dentaire supérieure	☐	☐	Lunettes	☐	☐
Prothèse dentaire inférieure	☐	☐	Appareil(s) acoustique(s)	☐	☐

Incontinence :	Urine :	☐	☐	Selles :	☐	☐
----------------	---------	--------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------

Etat psychique :	oui	non	Autres troubles	☐	☐
Orientation dans le temps	☐	☐	Etat dépressif	☐	☐
Orientation dans l'espace	☐	☐	Troubles mnésiques	☐	☐

Comportement :	oui	non	Défensivité physique	☐	☐
Calme	☐	☐	Défensivité verbale	☐	☐
Anxieux	☐	☐	Déambulation	☐	☐
Agité	☐	☐	Opposition aux soins	☐	☐

Tendance aux chutes :	☐	Tendances aux sorties imprévisibles :	☐
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------

Rythme veille/sommeil :	☐ Normal	Perturbé	☐
-------------------------	---------------------------------	----------	--------------------------

	seul	avec aide	dépendant
Alimentation	☐	☐	☐
Hygiène	☐	☐	☐
Mobilisation	☐	☐	☐

Autre (préciser) :

7. Particularités

Eléments importants à compléter :
.....
.....

EMETTEUR (timbre et signature) :

Date :

.....

.....