

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



Demande d'admission pour un hébergement : En urgence Préventif
Inscrit à MonDossierMédical.ch : 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 :

3. ENTOURAGE / REPOUNDANT			
Nom, prénom	Lien	Adresse	Téléphone

4. CONDITIONS DE VIE			
Entourage:	COCHER	Logement:	COCHER
Vit seul		Appartement	
Avec conjoint		Villa	
Avec enfant(s)		IEPA	
Animal domestique			
Entourage - Préciser :			
Logement - Autre :			
Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) :			
Activités, loisirs :			
Encadrement médico-social à domicile :			
	Oui	Non	
Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :			

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

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



Nom :

Prénom :

Né(e)le :

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Entourage</td> <td style="width: 15%;">Seul</td> <td style="width: 15%;">Avec aide</td> <td style="width: 50%;">Dépendant</td> </tr> <tr><td>Boire</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Manger</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire sa toilette</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S'habiller</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Prendre un bain</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Prendre une douche</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S'asseoir/Se lever</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Marcher</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se déplacer</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Monter les escaliers</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se coucher/Se lever</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Boire				Manger				Faire sa toilette				S'habiller				Prendre un bain				Prendre une douche				S'asseoir/Se lever				Marcher				Se déplacer				Monter les escaliers				Se coucher/Se lever				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Logement</td> <td style="width: 15%;">Seul</td> <td style="width: 15%;">Avec aide</td> <td style="width: 50%;">Dépendant</td> </tr> <tr><td>Voir</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Entendre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Parler</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Uriner</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aller à la selle</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se déplacer à l'extérieur</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire ses courses</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Préparer les repas</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire la lessive</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire le ménage</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire le lit</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Logement	Seul	Avec aide	Dépendant	Voir				Entendre				Parler				Uriner				Aller à la selle				Se déplacer à l'extérieur				Faire ses courses				Préparer les repas				Faire la lessive				Faire le ménage				Faire le lit			
Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant																																																																																														
Boire																																																																																																	
Manger																																																																																																	
Faire sa toilette																																																																																																	
S'habiller																																																																																																	
Prendre un bain																																																																																																	
Prendre une douche																																																																																																	
S'asseoir/Se lever																																																																																																	
Marcher																																																																																																	
Se déplacer																																																																																																	
Monter les escaliers																																																																																																	
Se coucher/Se lever																																																																																																	
Logement	Seul	Avec aide	Dépendant																																																																																														
Voir																																																																																																	
Entendre																																																																																																	
Parler																																																																																																	
Uriner																																																																																																	
Aller à la selle																																																																																																	
Se déplacer à l'extérieur																																																																																																	
Faire ses courses																																																																																																	
Préparer les repas																																																																																																	
Faire la lessive																																																																																																	
Faire le ménage																																																																																																	
Faire le lit																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Soins spécifiques</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Soins d'escarres</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pansements</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sonde à demeure</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Urostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Colostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Trachéostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autre :</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Soins spécifiques	Oui	Non		Soins d'escarres				Pansements				Sonde à demeure				Urostomie				Colostomie				Trachéostomie				Autre :				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Moyens aux. et matériel</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Prothèse dentaire</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lunettes</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Appareil(s) acoustique(s)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Matelas anti-escarre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PEG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CPAP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Oxygène</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Moyens aux. et matériel	Oui	Non		Prothèse dentaire				Lunettes				Appareil(s) acoustique(s)				Matelas anti-escarre				PEG				CPAP				Oxygène																																			
Soins spécifiques	Oui	Non																																																																																															
Soins d'escarres																																																																																																	
Pansements																																																																																																	
Sonde à demeure																																																																																																	
Urostomie																																																																																																	
Colostomie																																																																																																	
Trachéostomie																																																																																																	
Autre :																																																																																																	
Moyens aux. et matériel	Oui	Non																																																																																															
Prothèse dentaire																																																																																																	
Lunettes																																																																																																	
Appareil(s) acoustique(s)																																																																																																	
Matelas anti-escarre																																																																																																	
PEG																																																																																																	
CPAP																																																																																																	
Oxygène																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Sommeil / rythme</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Normal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Perturbé</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Avec médicaments</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Sommeil / rythme	Oui	Non		Normal				Perturbé				Avec médicaments				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Respiration</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Sans problèmes</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Souffle court</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Expectorations</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Respiration	Oui	Non		Sans problèmes				Souffle court				Expectorations																																																																			
Sommeil / rythme	Oui	Non																																																																																															
Normal																																																																																																	
Perturbé																																																																																																	
Avec médicaments																																																																																																	
Respiration	Oui	Non																																																																																															
Sans problèmes																																																																																																	
Souffle court																																																																																																	
Expectorations																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Incontinence</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Urine</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Selles</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Incontinence	Oui	Non		Urine				Selles				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 50%;">Tendance aux chutes</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>Risque de fugues</td></tr> <tr> <td>Etat psychique</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td></td> </tr> </table>				Tendance aux chutes				Risque de fugues	Etat psychique	Oui	Non																																																																									
Incontinence	Oui	Non																																																																																															
Urine																																																																																																	
Selles																																																																																																	
			Tendance aux chutes																																																																																														
			Risque de fugues																																																																																														
Etat psychique	Oui	Non																																																																																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Comportement</td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Calme</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agité</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Anxieux</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressif</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Etat dépressif</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Déambulation</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressivité verbale</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressivité gestuelle</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Troubles mnésiques</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Comportement	Oui	Non		Calme				Agité				Anxieux				Agressif				Etat dépressif				Déambulation				Agressivité verbale				Agressivité gestuelle				Troubles mnésiques				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sans problème</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orienté dans le temps</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orienté dans l'espace</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reconnait les personnes</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Sans problème				Orienté dans le temps				Orienté dans l'espace				Reconnait les personnes																																											
Comportement	Oui	Non																																																																																															
Calme																																																																																																	
Agité																																																																																																	
Anxieux																																																																																																	
Agressif																																																																																																	
Etat dépressif																																																																																																	
Déambulation																																																																																																	
Agressivité verbale																																																																																																	
Agressivité gestuelle																																																																																																	
Troubles mnésiques																																																																																																	
Sans problème																																																																																																	
Orienté dans le temps																																																																																																	
Orienté dans l'espace																																																																																																	
Reconnait les personnes																																																																																																	

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. :

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).

Demande d'admission établie le :

par :

Signature: