



DEMANDE D'ADMISSION UNITÉ D'ACCUEIL TEMPORAIRE DE RÉPIT PROTÉGÉE
(CONFIDENTIEL)

1) Identité

NOM :		PRÉNOM :	
Nom de jeune fille :		Origine :	
Confession :		Etat civil :	
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse :		Chez :	
N° de téléphone :		Langue(s) parlée(s) :	

2) Renseignements administratifs

Ass. maladie (LAMAL) & complémentaire (LCA) :	N° AVS :	756. _ _ . _ _ . _ _
Adresse :	N° SPC :	
	Adresse de facturation (Répondant administratif)	
N° de téléphone:	Nom :	
N° d'assuré:	Adresse :	
Médecin traitant :		
Nom :		
Adresse :		
	N° de téléphone :	
N° de téléphone :		
Inscription (s) auprès d'autre (s) établissement (s)	Oui	Non

3) Conditions d'admission

Les conditions d'admission décrites dans la colonne de gauche sont **cumulatives** et doivent être totalement remplies positivement pour bénéficier d'un séjour UATR.

Conditions d'admission obligatoires	MOTIF DE RÉPIT
* AGE AVS	Besoin de répit bénéficiaire <input type="checkbox"/>
* Domicilié à Genève	Besoin de répit proche aidant <input type="checkbox"/>
* Durée de séjour** (5 jours minimum - 45 jours maximum par an)	Absence proche aidant <input type="checkbox"/>
Nombre de jours prévus : Jours	Hospitalisation proche aidant <input type="checkbox"/>
* Prescription médicale pour le séjour (à fournir lorsque le séjour est validé)	Travaux logement <input type="checkbox"/>
	Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/>

** possibilité de demande de dérogation motivée, renseignée et soumise à autorisation

Durant l'année en cours le ou la bénéficiaire a bénéficié d'un séjour UATR ?

OUI

NON

Si oui précisez le nombre de jours : jours

4) Motif(s) de la demande

5) Conditions de vie

Entourage :	
Vit seul (e)	<input type="checkbox"/>
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>
Avec enfant (s)	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>

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

6) Entourage

Représentant thérapeutique (si existant) :

Nom :

Adresse :

Tél. privé :

Tél. prof :

Représentant légal (si existant) :

Nom :

Adresse :

Tél. privé :

Tél. prof :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien :

Tél. privé :

Tél. prof :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien :

Tél. privé :

Tél. prof :

Service social :

Service de soins ou autre :

8) Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

Activité :	seul	avec aide	dépendant	Activité :	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"/>
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: _____				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	<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) acoustiq.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : _____			
Colostomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Autre (préciser) : _____							
Sommeil / rythme :	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 médicaments	<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"/>
Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
.....							
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Comportement :	oui		non
Risque de fugues	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	calme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser) : _____				Agité	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				Anxieux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				agressif	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				état dépressif	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				déambulation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				agressivité verbale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MRSA	OUI		NON	agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Est-ce qu'il y a un traitement médicamenteux en cours ? Si oui, le client vient avec ses propres médicaments.

Existe-il des directives anticipées ? Si oui, joindre une copie.

ETABLI PAR :

DATE :

SIGNATURE DU CLIENT :

