

RESIDENCE PIERRE
DE LA FEE
28A chemin de l'Avanchet
1216 Cointrin

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 : Date :	Personne ou service à contacter : Nom : N° de tél. : Nom médecin responsable : N° de tél. :	DESTINATAIRE à : Service :
---	---	--

1. Identité du client

NOM :	PRENOM :
Nom de jeune fille :	Origine :
Confession : .	Etat civil :
Adresse :	Date de naissance :
Chez :	Langue(s) parlée(s) :
N° 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° 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Si oui, nom (s) :

3. Motif(s) de la demande

.

4. Entourage

Nom : Adresse : Tél. privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Nom : Adresse : Tél. privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Nom : Adresse : Tél. privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Service social ou autre :	
Clef déposée chez :	
Nom : Adresse : Tél. privé :	Prénom : Lien : 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) :	<input type="checkbox"/>

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

Activités, loisirs :

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

<u>Activités :</u>	seul	avec aide	dépendant	<u>Activités :</u>	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"/>
.....							
<u>Soins spécifiques :</u>		oui	non	<u>Moyens auxiliaires :</u>		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) :				<u>Incontinence :</u>		oui	non
.....				urine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rythme veille/sommeil :</u>		oui	non	selles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
perturbé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Respiration :</u>		oui	non
avec médicament(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Etat psychique :</u>		oui	non	souffle court		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans le temps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Comportement :</u>		oui	non
orientation dans l'espace		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tendance aux chutes :</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Risque de fugue :</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Régime alimentaire (préciser) :</u>				état 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"/>

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 :