

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 :

Origine :

Sexe :

Etat civil :

Date de naissance :

N° de tel :

Adresse :

Chez :

NPA :

Localité :

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 :

Autres rentes :

Caisse maladie :

N° Assuré :

N° carte assurance

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 et Email	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage:	COCHER	Logement:	COCHER
Vit seul	<input type="checkbox"/>	Appartement	<input type="checkbox"/>
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>	Villa	<input type="checkbox"/>
Avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	IEPA	<input type="checkbox"/>
Animal domestique	<input type="checkbox"/>		
Entourage - Préciser :	<input type="text"/>		
Logement - Autre :	<input type="text"/>		
Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) :			
<input type="text"/>			
Activités, loisirs :			
<input type="text"/>			
Encadrement médico-social à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :			

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

6. PREPARATION A L'ADMISSION

Documents en annexe : Oui Non

Lesquels :

Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Demande d'admission établie le :

Signature:

par :

Nom: Prénom: Né(e)le:

7. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Logement	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"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/Se lever	<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 aux. et matériel	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) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre :			Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sommeil / rythme	Oui	Non	Respiration	Oui	Non		
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incontinence	Oui	Non	Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etat psychique	Oui	Non		
Comportement	Oui	Non	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconnait les personnes	<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"/>					

Régime alimentaire (Oui) / (Non) - préciser:

Fumeur (Oui) / (Non) - préciser:

MRSA (Oui) / (Non) - préciser: