

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 / REpondant

Nom, prénom	Lien	Adresse postale	/	Adresse mail	Téléphone/Natel
-------------	------	-----------------	---	--------------	-----------------

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

Nom :

Prénom :

Né(e)le :

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE			
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			
Soins spécifiques	Oui	Non	
Soins d'escarres			
Pansements			
Sonde à demeure			
Urostomie			
Colostomie			
Trachéostomie			
Autre :			
Sommeil / rythme	Oui	Non	
Normal			
Perturbé			
Avec médicaments			
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			
Moyens aux. et matériel	Oui	Non	
Prothèse dentaire			
Lunettes			
Appareil(s) acoustique(s)			
Matelas anti-escarre			
PEG			
CPAP			
Oxygène			
Respiration	Oui	Non	
Sans problèmes			
Souffle court			
Expectorations			
Incontinence	Oui	Non	
Urine			
Selles			
Etat psychique	Oui	Non	
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			

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:

