



**EMS** LE NOUVEAU  
PRIEURÉ

Confidentiel

## Demande d'admission

A remplir par les services sociaux ou à défaut par la personne elle-même ou son entourage

EMETTEUR (timbre) Formulaire rempli par :	Personne ou service à contacter :  N° tél. ....  Nom médecin responsable :  N° tél. ....	Destinataire À : ..... ..... ..... Service : ..... ..... .....
Date : .....		

### 1. Identité du client

Nom : .....	Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....	Origine : .....
Confession : .....	Etat-civil : .....
Adresse : .....	Date de naissance : .....
Chez : .....	Langue(s) parlée(s) : .....
NPA : .....	Localité : .....
Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N° de tél. : .....
Si oui, depuis le : .....	Demande d'admission pour un hébergement En urgence <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/>
Nom de l'institution : .....	

### 2. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) : .....	N° d'AVS : .....
N° d'assuré(e) : .....	Autres rentes : .....
N° carte assurance : .....	N° SPC : .....
Répondant financier – tuteur – curateur : Nom-Prénom : .....	Médecin traitant : .....
Adresse : .....	Nom : .....
N° de téléphone : .....	Adresse : .....
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissements (s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N° de téléphone : .....
Si oui, nom(s) : .....	

### 3. Motif(s) de la demande

.....  
.....  
.....

### 4. Entourage

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....
e-mail : .....	

  

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....
e-mail : .....	

  

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....
e-mail : .....	

Service social ou autres : .....

### 5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage (préciser) : .....

.....

.....

Vit seul(e)

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Animal domestique

Autre (préciser) : .....

Logement

Appartement

Villa

Immeuble avec encadrement

Etablissement long séjour

Autre(s) remarque(s) : .....

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

.....

.....

.....

Activités, loisirs :

.....

.....

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

Activités	seul	avec aide	Dépendant	Activités	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 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"/>
Déplacement à l'aide de (préciser)	<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 auxiliaires	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"/>	Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage de vessie	<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 (préciser) : .....			Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			autre (préciser) : .....		

Rythme veille/sommeil :	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 médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Respiration :</b>	oui	non
<b>Etat psychique :</b>	oui	non	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Comportement :</b>	oui	non
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (à préciser) :			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"/>

## 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

Oui                       Non  
Prestations et fréquences :

.....  
.....  
.....  
.....

Etabli par (en majuscule svp) :

Date :

Signature du client :