

Demande d'admission

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

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

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)

<u>Entourage</u> (préciser) :	
.....	
.....	
Vit seul(e)	<input type="checkbox"/>
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>
Avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>
Animal domestique	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	
<u>Logement</u>	
Appartement	<input type="checkbox"/>
Villa	<input type="checkbox"/>
Immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>
Etablissement long séjour	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :				Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				autre (préciser) :			
Rythme veille/sommeil :		oui	non	Incontinence :		oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration :		oui	non
Etat psychique :		oui	non	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :		oui	non
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (à préciser) :				Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<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 :