



DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

É M E T T E U R

<p>Formulaire rempli par:</p> <p>Nom :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lien:.....</p> <p>.....</p> <p>Date:.....</p>	<p>Personne ou service à contacter:</p> <p>Nom:.....</p> <p>.....</p> <p>Tél:.....</p> <p>Médecin responsable:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél:.....</p> <p>E-mail:</p>	<p>Destinataire:</p> <p>EMS NOUVEAU KERMONT</p> <p>Service des admissions</p> <p>Ch. Des Châtaigniers 24</p> <p>1292 Chambésy</p> <p>Demande d'admission:</p> <p><input type="checkbox"/> En urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Préventive</p>
---	--	--

CONFIDENTIEL

MOTIF DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

IDENTITE DU CLIENT

<p>Nom:.....</p> <p>Nom de jeune fille:.....</p> <p>Prénom:.....</p> <p>Sexe: <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>Date de Naissance:</p> <p>Lieu de naissance:</p> <p>Etat civil:</p> <p>Adresse:</p> <p>Chez:.....</p> <p>NPA/Localité:.....</p> <p>☎:.....</p>	<p>Langues:</p> <p>Origine/Canton d'origine:</p> <p>Nationalité:.....</p> <p>Confession:.....</p> <p>Hospitalisé(e) au moment de la demande: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, depuis le:</p> <p>Nom de l'institution:</p> <p>Souhaitez-vous emménager :</p> <p><input type="checkbox"/> Rapidement</p> <p><input type="checkbox"/> Plus tard</p>
--	--

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

<p>Caisse AVS:</p> <p>N° AVS:</p> <p>Rente AVS: CHF</p> <p>Caisse maladie:</p> <p>Adresse:</p> <p>N° d'assuré(e):</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Adresse:</p> <p>.....</p> <p>☎:</p> <p>E-mail:</p>	<p>Répondant financier – Curateur :</p> <p>Nom:</p> <p>Adresse:.....</p> <p>.....</p> <p>☎:</p> <p>@:</p> <p>Inscription auprès d'autres établissements :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, lesquels:</p> <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p>
--	---

ENTOURAGE / REpondant (1)

Nom: Prénom: Lien:

Adresse :

☎ privé: ☎ pro.:

Portable: @:

ENTOURAGE (2)

Nom: Prénom: Lien:

Adresse:

☎ privé: ☎ pro.:

Portable: @:

ENTOURAGE (3)

Nom: Prénom: Lien:

Adresse:

☎ privé: ☎ pro.:

Portable: @:

CONDITIONS DE VIE

(cocher ce qui convient)

Vit seul

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Appartement

Villa

IEPA

Animal domestique

Autres :

Centres d'intérêts:

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

Encadrement médico-social à domicile:

Oui

non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s)

.....

.....

.....

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Activité :	Seul	Avec Aide	Dépendant	Activité	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	<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"/>
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):				Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins spécifiques

	oui	non
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser):		

Rythme veille/sommeil

	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incontinence

	oui	non
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement

	oui	non
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, Préciser :

.....

Moyens auxiliaires

	oui	non
Prothèse dentaire supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG* ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP* ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (préciser):

Respiration

	oui	non
Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etat Physique

	Oui	non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques:

.....

MRSA*³

Remarques:

.....

Taille Poids:

Personne de contact pour annoncer l'admission:

Nom:

Adresse:

.....

 @:

- Par la présente coche, il est certifié que le patient à été informé et a donné son accord au projet de prise en charge (transfert vers un établissement médico-social) qui implique la mise à disposition de données médicales et médico-sociales aux partenaires impliqués

Etabli par:

Date :

X

Timbre / signature

*1 Nutrition entérale par gastrostomie percutanée

*2 La ventilation en pression positive continue

*3 Staphylocoque doré résistant à la méticilline