



DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

Urgente

Préventive

É M E T T E U R

Formulaire rempli par:

Nom :

.....

.....

Lien:

.....

Date:

Personne ou service à contacter:

Nom:

.....

Tél:

Médecin responsable:

.....

.....

Tél:

E-mail:

Destinataire:

CONFIDENTIEL

EMS NOUVEAU KERMONT
Service des admissions
Ch. des Châtaigniers 24
1292 Chambésy

MOTIF DE LA DEMANDE

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

IDENTITE DU CLIENT

Nom:

Nom de jeune fille:

Prénom:

Sexe: Féminin Masculin

Date de Naissance:

Lieu de naissance:

Etat civil:

Adresse:

Chez:

NPA/Localité:

☎:

Langues:

Origine/Canton d'origine:

Nationalité:

Confession:

Hospitalisé(e) au moment de la demande: oui non

Si oui, depuis le:

Nom de l'institution:

Souhaitez-vous emménager :

Rapidement

Plus tard

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

Caisse AVS:

N° AVS:

Rente AVS: CHF

Caisse maladie:

Adresse:

N° d'assuré(e):

Médecin traitant :

Adresse:

.....

☎:

E-mail:

Répondant financier – Curateur :

Nom:

Adresse:

.....

☎:

@:

Inscription auprès d'autres établissements :

Oui

Non

Si oui, lesquels:

(1)

(2)

(3)

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		
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Malvoyant/e <input type="checkbox"/> Aveugle		
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Appareil acoustique <input type="checkbox"/> Sourd/e		
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parole: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Muet		
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seul	Avec aide
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'aide de (préciser):					Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins spécifiques		oui	non		Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Moyens auxiliaires	oui	non
Pansements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prothèse dentaire supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prothèse dentaire inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser):					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):		
						
Rythme veille/sommeil		oui	non				
Normal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Perturbé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Respiration	oui	non
Avec médicaments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence		oui	non		Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement		oui	non		Etat Physique	Oui	non
Calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Remarques:		
Agressivité verbale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Agressivité gestuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MRSA*3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles mnésiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Remarques:		
Régime alimentaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si oui, Préciser :					Taille		Poids:

PRÉPARATION À L'ADMISSION

Personne de contact pour annoncer l'admission:

Nom:

Adresse:

.....

☎: @:

- Par la présente coche, il est certifié que le patient a 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



Informations complémentaires à la demande d'inscription

Révision de septembre 2014 approuvé par le Comité de l'ADEPAG le 25 septembre 2014 et par le Comité de la Fegems le 8 octobre 2014.

Validation de la Direction générale de l'action sociale en date du 16 décembre 2014.

Version à utiliser dès le 1^{er} janvier 2015.

Afin de compléter votre demande d'admission, nous vous remercions de remplir **toutes les rubriques** ci-dessous et de nous transmettre copie de **tous les documents demandés**.

1. ETAT CIVIL

Nom et prénom:

Date et lieu de naissance:

Célibataire

Marié-e

Divorcé-e

Veuf-ve

Représentant désigné en tant que : Curateur (représentant légal)

Autre:

2. SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

2.1. Appui du SPC¹

a. Avez-vous fait une demande de prestations au SPC? Oui Non

Si oui, joindre copie de la dernière décision.

b. Si une demande auprès du SPC est en cours, date de la demande:

Joindre copie de la demande

Si vous ne bénéficiez pas de prestations du SPC, merci de répondre aux questions ci-dessous.

2.2. Revenus

a. Bénéficiez-vous d'une rente AVS ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF

b. Bénéficiez-vous d'une rente 2^{ème} pilier (LPP) ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF

c. Bénéficiez-vous d'une rente 3^{ème} pilier ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF

d. Bénéficiez-vous d'une rente d'impotence ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF

e. Bénéficiez-vous d'autres rentes (viagère, étrangère,...) ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF

¹ SPC = Service des Prestations Complémentaires (ex OCPA)

2.3. Etat des comptes

Joindre copie des relevés au 31.12 de l'année précédente pour le/les comptes bancaires et/ou postaux, ainsi que les deux derniers relevés mensuels.

2.4. Propriétés immobilières

- a. Etes-vous propriétaire de biens immobiliers ? Oui Non
- b. Bénéficiez-vous d'un usufruit lié à un droit d'habitation ? Oui Non

2.5. Donations, dessaisissements et pertes financières

- a. Avez-vous réalisé une ou plusieurs donations en faveur de membres de votre famille ou de tiers ? Oui Non
- b. Avez-vous subi des pertes financières suite à un placement ces 10 dernières années ? Oui Non

Si oui, montant: CHF

2.6. Retrait du capital LPP

Avez-vous retiré tout ou partie de votre capital LPP ? Oui Non

Si oui, à quelle date? Montant: CHF
- pourquoi?

2.7. Assurance vie

Avez-vous contracté une ou plusieurs assurances vie ? Oui Non

Si oui, joindre copie des documents s'y référant.

2.8. Etat de créances

a. Avez-vous des dettes ? Oui Non

Si oui, envers qui? Montant: CHF

b. Avez-vous prêté de l'argent avec reconnaissance de dette ? Oui Non

COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS

- Carte d'identité ou passeport valable
- Permis de séjour
- Livret de famille
- Certificat de l'assurance maladie pour l'année en cours
- Dernière déclaration d'impôts
- Dernier avis de taxation émis par l'administration fiscale

Je soussigné-e, déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Signature du requérant
ou de son représentant

Lieu et date :

X



DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier
et à renvoyer sous pli fermé au médecin répondant de l'établissement

EMS NOUVEAU KERMONT
A l'attention du médecin répondant
Chemin des Châtaigniers 24
1292 Chambésy

CONFIDENTIEL

Nom : Prénom.....

Né(e) le : Domicilié(e) à :

Ancienne profession :

Nom et adresse du médecin traitant habituel :

Adresse:

Où se trouve le patient actuellement ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

Motif de la demande

Antécédents personnels et hospitalisations, allergies (merci de joindre une copie des lettres de sorties) :

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

Diagnostics actuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments importants su statut somatique :

Poids:

Peau (escarres) :

Taille :

Autre(s)

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychique D'agitation	❖ Problèmes amnésiques, d'orientation, de praxies :
	❖ État typique, troubles du caractère :
	❖ Troubles du sommeil :
Sensorielle	❖ Vue, audition
Locomotrice transfert	❖ Toilette, habillage, marche (moyens auxiliaires)
Problèmes de continence	❖ Comment sont-ils résolus actuellement ?

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous sera-t-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?

Oui Non

Date :

X

Timbre et signature

Règlement intérieur

La priorité est donnée aux personnes domiciliées dans le canton de Genève, âgées de plus de 64 ans pour les femmes, de plus de 65 ans pour les hommes et moyennement handicapées sur le plan physique.

Elles doivent remplir une demande d'admission (formulaire fourni par le secrétariat du NOUVEAU KERMONT), donner tous les renseignements demandés, faire remplir par leur médecin traitant le formulaire et les retourner à l'administration du NOUVEAU KERMONT.

Le prix de pension :

1. Le prix de pension est déterminé en accord avec le Département de l'Economie et de la Santé.
2. La facture qui concerne le mois échu se règle dans les 30 jours.
3. Le prix de pension comprend: le logement, la nourriture, le blanchissage, le nettoyage, les soins courants et l'animation.

Ne sont pas compris: Les médicaments, les analyses médicales, les visites médicales, les traitements de physiothérapie, les soins infirmiers tels que piqûres, lavements, perfusions, grands et petits pansements, pose de sondes, etc... (ces soins sont remboursés par les caisses-maladie).

4. Le pensionnaire malade ou accidenté peut être transféré sur préavis de son médecin traitant ou de son remplaçant dans un établissement hospitalier pour y recevoir les soins que nécessite son état.
5. En cas d'hospitalisation, l'établissement s'engage à garder inoccupée la chambre pendant 60 jours. Il perçoit pour cela le montant du prix de pension à la charge du résident.
6. Si les besoins des services, soit médical ou hôtelier, l'exigent, la direction se réserve le droit de procéder au déplacement d'un pensionnaire d'une chambre à une autre.

Les régimes alimentaires

Seuls les régimes suivants sont assurés par la Maison :

- diabétique
- diabétique sans sel
- sans sel
- hépatique
- sans résidu
- sans gluten

Les repas :

A l'exception du petit-déjeuner, les repas sont pris en commun à la salle-à-manger. En cas de maladie, ils pourront être servis en chambre. Les boissons en dehors des repas ne sont pas comprises dans le prix de pension.

Le logement :

L'EMS met à disposition des résidents des chambres à 1 ou 2 lits (pour couple). Chaque chambre est pourvue de la télévision, d'une armoire, d'un lit, d'une table de chevet et d'une salle de bains.

Une salle de bain avec baignoire est à disposition des pensionnaires.

Chaque résident peut amener du petit mobilier ou des objets personnels, sauf le lit et la table de nuit. Le téléphone privé et la radio peuvent être installés, l'abonnement et les taxes y relatives étant à la charge du résident.

Les linges de maison et de toilettes ainsi que le savon, le bain de mousse et l'Eau-de-Cologne sont fournis par l'EMS. Si on le souhaite, on peut continuer avec ses propres produits.

L'entretien du linge personnel est compris dans le prix de pension, à l'exception des frais de teinturerie.

Le délai de congé :

Le résident qui désire quitter le NOUVEAU KERMONT devra donner son congé avec un préavis d'un mois pour la fin d'un mois.

L'établissement est tenu au même délai. La résiliation peut intervenir lorsque :

- a) la poursuite du séjour n'est plus compatible avec la mission de l'établissement et met en péril la santé et la sécurité du résident et/ou des autres résidents ainsi que celles du personnel de l'établissement.
- b) Le paiement de la pension n'est plus honoré, pour autant que la continuité des soins requis par l'état de santé du résident puisse être garantie.

Dans tous les cas, la résiliation est signifiée par écrit.

HEURES DES REPAS

Petit-déjeuner, servi en chambre: dès 8h00 jusqu'à 09h30 environ

Dîner: dès 11h45

Souper: dès 17h45

La direction prie les résidents d'aviser le personnel infirmier s'ils s'absentent pour l'un ou l'autre des repas.

VISITES

Elles sont autorisées en tout temps. Les portes sont fermées par mesure de sécurité dès 19h00, mais les veilleurs répondent à la sonnerie d'entrée.

SORTIES

Elles sont libres. Il suffit d'en informer le service médical d'étage ou le service d'administration.

COUCHER

A bien plaisir.

PHARMACIE

Les médicaments sont commandés par le service des soins auprès de sa pharmacie attitrée.

MEDICAMENTS

Les médicaments sont gardés à la pharmacie centrale d'étage et distribués selon prescription. Le résident qui s'absente doit impérativement demander au service médical ses médicaments.

ENTRETIEN DIRECTION

Prendre rendez-vous au secrétariat.

TOILETTES W.C.

Il est interdit de jeter des déchets de toute nature dans les W.C., ceci afin d'éviter de boucher les canalisations. Toutes infractions et frais seront facturés au résident.

Par mesure d'hygiène, il est strictement interdit de faire sa lessive personnelle dans le lavabo de la salle de bains.

ARGENT ET VALEURS

Sont à déposer au secrétariat.

LA DIRECTION DÉCLINE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS DE DISPARITION DE VALEURS NON DÉPOSÉES AU SECRETARIAT, DANS LE COFFRE.

SERVICES RELIGIEUX

Cultes et Messes ont lieu régulièrement selon affichage.

Les résidents qui désirent avoir un entretien privé avec le Pasteur, le Curé de la paroisse ou tout autre représentant religieux sont priés de s'annoncer au secrétariat.

SECRETARIAT

Ouvert du lundi au vendredi de 08h00 à 17h00 sauf cas exceptionnels.

CAFETERIA

Ouverte tous les jours de 10h00 à 17h00.

Pour le repas de midi, chaque résidant peut recevoir des invités. Les réservations doivent être faites avant 10h00, soit à la réception, soit à la cafétéria.

RADIO – TV

Toutes les chambres possèdent la télévision. Chaque résidant a la possibilité d'installer la radio, un PC, un DVD, etc... Il se comportera de façon à ne pas gêner ses voisins.

LINGE PERSONNEL

A l'entrée, les effets personnels sont marqués au nom du résidant par notre lingerie.

SECURITE

FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE

Par mesure de sécurité afin d'éviter tout risque d'accident, l'usage de fauteuil roulant électrique est **strictement interdit à l'intérieur de l'établissement.**

INCENDIE

Sont interdits à l'intérieur de l'établissement, l'usage des :

- coussins électriques
- couvertures chauffantes
- plaques électriques (réchaud)
- radiateurs électriques
- bougies

TAPIS

Afin de prévenir les chutes, les tapis et descentes de lit sont interdits dans la chambre.

ANIMAUX

Les animaux des visiteurs sont tolérés à l'intérieur de l'établissement.
Les chiens devront être tenus en laisse.

La Direction et le Personnel du NOUVEAU KERMONT remercient chacun d'observer ce présent règlement rédigé pour le bien de tous.

Lu et approuvé :

(Signature du pensionnaire ou de son représentant)

Date:

X

LE PRIX DE PENSION A LA CHARGE DU RESIDANT

- 1. Depuis le 1^{er} janvier 2021**, le prix de pension journalier à la charge du résidant a été fixé à **CHF 213.00**.

Ce prix journalier, facturé au/à la résidant-e par l'établissement, est approuvé par l'autorité cantonale. Il comprend essentiellement les prestations socio-hôtelières (logement, repas, blanchissage du linge, accompagnement, animation).

- 1.1** Depuis le 1^{er} juillet 2012, conformément à la décision du Conseil d'État du 21 décembre 2011, notre établissement facture à tous nos pensionnaires une taxe de participation aux coûts des soins de **Fr. 8.00** par jour.
- 2.** Pour information, le coût d'un séjour en établissement médico-social se compose en outre d'une partie soins (personnel infirmier, médecin, médicaments, matériel, etc.), prise en charge de deux manières :
 - 2.1** L'assurance-maladie verse à l'établissement une participation journalière calculée selon la catégorie de besoins en soins dans laquelle se trouve le/la résidant-e. Elle varie entre Frs. 9,-- et Frs.108,--, ainsi qu'un forfait journalier de Frs. 3.- pour la fourniture de moyens auxiliaires.
 - 2.2** L'État verse à l'établissement une subvention cantonale annuelle.