


DEMANDE D'ADMISSION**Confidentiel**

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

EMETTEUR (timbre) Formule remplie par : Date : _____	Personne à prévenir ou service à contacter : Nom : _____ _____ N° téléphone : _____	DESTINATAIRE :  Association EMS BON-SÉJOUR Route de Sauverny 8 1290 Versoix tél. +41 22 775 24 24 fax +41 22 755 69 18
	Nom du médecin responsable : _____ _____ N° téléphone : _____	

1. IDENTITE DU CLIENT

NOM : _____	PRENOM : _____
Nom de jeune fille : _____	Etat civil : _____
Confession : _____	Origine/Canton d'origine: _____ / _____
Adresse : _____	Date de naissance : _____
_____	Lieu de naissance : _____
Chez : _____	Nationalité : _____
Langue(s) parlée(s) : _____	Souhaitez-vous emménager : <input type="checkbox"/> rapidement
Numéro de téléphone : _____	<input type="checkbox"/> plus tard
Hospitalisé(e) au moment de la demande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, depuis le : _____	Nom de l'institution : _____

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

<u>CAISSE-MALADIE (nom et adresse) :</u> _____ _____	<u>MONTANT DE LA RENTE :</u> No AVS : _____ Fr. _____
No d'assuré : _____	Autre rente : _____ Fr. _____
	No SPC : _____ Fr. _____
<u>REPONDANT FINANCIER - TUTEUR - CURATEUR :</u>	Nom Caisse AVS : _____
Nom : _____	<u>MEDECIN TRAITANT :</u>
Adresse : _____	Nom : _____
_____	Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____	_____
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Numéro de téléphone : _____
Si oui, le(s)quel(s) : _____	

3. MOTIF(S) DE LA DEMANDE

4. ENTOURAGE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Service social ou autre :

Clef déposée chez :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

5. CONDITIONS DE VIE (cocher ce qui convient)

Entourage :		Conditions de logement :	
vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	étages	nombre : _____
avec conjoint	<input type="checkbox"/>	pièces	nombre : _____
avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	escalier	<input type="checkbox"/>
autre (préciser) _____		ascenseur	<input type="checkbox"/>
_____		salle de bains	<input type="checkbox"/>
		eau chaude	<input type="checkbox"/>
Logement :		chauffage central	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
établissement 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)

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 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 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	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"/>	autre (préciser) :		
lavage de vessie	<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"/>			

Etat psychique :	oui	non	Respiration :	oui	non
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Tendance aux chutes	oui	non	Comportement :	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Régime alimentaire (préciser) :

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

7. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS ET OBSERVATIONS A DOMICILE

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels :

Objectifs atteints :

Objectifs non atteints :

8. MESURES D'ENCADREMENT A DOMICILE

Remarques :

9. DECISION DU DESTINATAIRE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Acceptation de la demande : oui non **Date :** _____

Si refus, motifs : _____

En attente, motifs : _____

Etabli par (en majuscules SVP) : **Date :** **Signature du client :**

