



DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ÉTABLISSEMENT
MÉDICO-SOCIAL
EMS « MAISON DE LA TOUR »

demande d'admission pour un hébergement :

en urgence

préventif

EMETTEUR (timbre)

formulaire rempli par :

service :

inscrit à MonDossierMédical.ch :

oui

non

DESTINATAIRE

À :

service :

1. IDENTITÉ DU CLIENT

nom :

nom de jeune fille :

prénom :

sexe :

date de naissance :

adresse :

chez :

NPA :

origine :

confession :

langue(s) parlée(s) :

hospitalisé(e) au moment de la demande :

État civil :

N° de tel :

oui

non

si oui, depuis le :

nom de l'institution :

nom:

prénom:

né(e) le:

entourage	seul	aide	dépendant
boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'asseoir/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coucher/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

logement	seul	aide	dépendant
voir	<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"/>
uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire le ménage	<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
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"/>

moyens aux. et matérié	oui	non
prothèse dentaire	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sommeil / rythme	oui	non
normal		<input type="checkbox"/>
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

incontinence	oui	non
urine		
selles		

état psychique	oui	non
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
risque de fugues	<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"/>

comportement	oui	non
Calme		
Agité		
Anxieux		
Agressif		
Etat dépressif		
Déambulation		
Agressivité verbale		
Agressivité gestuelle		
Troubles amnésiques		

régime alimentaire (Oui) / (Non)

préciser: _____

fumeur (Oui) / (Non) préciser: _____

MRSA (Oui) / (Non) préciser: _____

7.PREPARATION A L'ADMISSION

documents en annexe : oui non

Lesquels : _____

Personne de contact pour annoncer l'admission : _____

Nom _____

Prénom _____

adresse _____

N° téléphone _____

Par la présente coche, la personne accepte d'être enregistrée sur l'application informatique GestPlace. Ceci peut impliquer la mise à disposition de ses données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés (HUG, EMS également choisis).

signature

demande d'admission établie le :
par :

imprimer _____

Engregistrer le formulaire et les données saisies _____