

demande d'admission pour un hébergement:

en urgence

inscrit à Mon Dossier Médical.ch :

oui

préventif

non

EMETTEUR (timbre)

formulaire rempli par :

DESTINATAIRE

À:

service :

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 \_\_\_\_\_