

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:

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage

cocher

Vit seul

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Animal domestique

Entourage - Préciser :

Logement - Autre :

Logement

cocher

Appartement

villa

IEPA

Activités, loisirs :

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

Encadrement médico-social à domicile :

oui

non

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

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

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"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<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 amnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____