



EMS "Résidence Les CHÂTAIGNIERS"

EMS « RÉSIDENCE LES CHÂTAIGNIERS »

Demande d'admission pour un hébergement :

En urgence

Préventif

Inscrit à MonDossierMédical.ch :

Oui

Non

CONFIDENTIEL

EMETTEUR (timbre)

Formulaire rempli par :

Date:

Service:

DESTINATAIRE

A :

Service :

1. IDENTITE DU CLIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe :

Etat civil :

Date de naissance :

N° de tel :

Adresse :

Chez:

NPA :

Localité :

Origine :

Confession :

Langue(s) parlée(s):

Hospitalisé(e) au moment de la demande :

Oui

Non

Si oui, depuis le :

Nom de l'institution :

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS :

N° SPC :

N° Assuré :

Autres rentes :

Caisse maladie :

Nom :

Adresse :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Curatelle :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Inscription auprès d'autres établissements :

Oui

Non

Si oui, lesquels :

3. ENTOURAGE / REpondant

Nom, prénom	Lien	Adresse postale	/	Adresse mail	Téléphone/Natel
-------------	------	-----------------	---	--------------	-----------------

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage: COCHER

Logement:

COCHER

Vit seul

Appartement

Avec conjoint

Villa

Avec enfant(s)

IEPA

Animal domestique

Entourage - Préciser :

Logement - Autre :

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

Activités, loisirs :

Encadrement médico-social à domicile :

Oui

Non

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

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

Demande d'admission dans un établissement médico-social (EMS)



Nom :

Prénom :

Né(e) le :

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Logement	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire				Voir			
Manger				Entendre			
Faire sa toilette				Parler			
S'habiller				Uriner			
Prendre un bain				Aller à la selle			
Prendre une douche				Se déplacer à l'extérieur			
S'asseoir/Se lever				Faire ses courses			
Marcher				Préparer les repas			
Se déplacer				Faire la lessive			
Monter les escaliers				Faire le ménage			
Se coucher/Se lever				Faire le lit			
Soins spécifiques	Oui		Non	Moyens aux. et matériel	Oui		Non
Soins d'escarres				Prothèse dentaire			
Pansements				Lunettes			
Sonde à demeure				Appareil(s) acoustique(s)			
Urostomie				Matelas anti-escarre			
Colostomie				PEG			
Trachéostomie				CPAP			
Autre :				Oxygène			
Sommeil / rythme	Oui		Non	Respiration	Oui		Non
Normal				Sans problèmes			
Perturbé				Souffle court			
Avec médicaments				Expectorations			
Incontinence	Oui		Non	Tendance aux chutes			
Urine				Risque de fugues			
Selles				Etat psychique	Oui		Non
Comportement	Oui		Non	Sans problème			
Calme				Orienté dans le temps			
Agité				Orienté dans l'espace			
Anxieux				Reconnait les personnes			
Agressif							
Etat dépressif							
Déambulation							
Agressivité verbale							
Agressivité gestuelle							
Troubles mnésiques							

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 :

Adresse :

N° de tel. :

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).

Demande d'admission établie le :

par :

Signature: