

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

Demande d'admission pour un hébergement : En urgence Préventif
 Inscrit à MonDossierMédical : 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 :

Nom : Prénom : Né(e)le : _ _ - _ _ - _ _ _ _

| 6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|------------------------------------|--------------------------|
| Entourage | Seul | Avec aide | Dépendant | Logement | 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 la 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"/> |
| Se déplacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire la lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire le ménage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se coucher/Se lever | <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 | | Moyens aux. et matériel | Oui | Non | |
| Soins d'escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Prothèse dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pansements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Appareil(s) acoustique(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Urostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Matelas anti-escarre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Colostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | PEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Trachéostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | CPAP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre : | | | | Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sommeil / rythme | Oui | Non | | Respiration | Oui | Non | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sans problèmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Perturbé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Souffle court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avec médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Expectorations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Incontinence | Oui | Non | | Tendance aux chutes | <input type="checkbox"/> <th><input type="checkbox"/> <th></th> </th> | <input type="checkbox"/> <th></th> | |
| Urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Risque de fugues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Selles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Etat psychique | Oui | Non | |
| Comportement | Oui | Non | | Sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Calme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Orienté dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Agité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Orienté dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Anxieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Reconnait les personnes | <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 mnésiques | <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 :

Adresse :

N° de tel. :