



# EMS FOYER SAINT-PAUL SA

## DEMANDE D'ADMISSION UATR

(Unité d'accueil Temporaire et de Répit)

A remplir par l'infirmière au service d'admissions

### 1. Renseignements administratifs

NOM : .....	Prénom : .....
Date naissance : .....	Langue(s) parlée(s) : .....
Adresse : .....	
.....	
Etat civil : .....	Nom de jeune fille : .....
N° d'AVS : .....	
N° d'assuré : .....	Assurance : .....
Proximité domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Médecin traitant : .....	
Adresse : .....	Commune : .....
.....	
Téléphone mobile : .....	Téléphone fixe : .....
Situation sociale: Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vit avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vit avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre : .....

### 2. Représentant thérapeutique et/ou proche aidant et/ou curateur

Cocher ce qui convient : <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
Lien (parenté/autre) : .....	
Tél. privé : .....	Tél. prof. : .....
Tél. port. : .....	E-mail : .....
Cocher ce qui convient : <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
Lien (parenté/autre) : .....	
Tél. privé : .....	Tél. prof. : .....
Tél. port. : .....	E-mail : .....

### 3. Délai d'admission/provenance du client

<input type="checkbox"/> Urgence (jour même)	<input type="checkbox"/> Rapide (- de 7 jours à jour même)	<input type="checkbox"/> Électif (7 jours ou +)
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Structure hospitalière : .....	



## EMS FOYER SAINT-PAUL SA

### 4. Maintien à domicile

Suivi <b>OSAD</b>	<input type="checkbox"/> Oui, lequel : .....	Téléphone : .....				
<input type="checkbox"/> Soins	<input type="checkbox"/> Aide pratique	<input type="checkbox"/> Repas	<input type="checkbox"/> IEPA	<input type="checkbox"/> Sécurité	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> HAD
Suivi <b>foyer de jour</b> :	<input type="checkbox"/> Oui, lequel : .....	Téléphone : .....				
Quel(s) jour(s) :	<input type="checkbox"/> Lu	<input type="checkbox"/> Ma	<input type="checkbox"/> Me	<input type="checkbox"/> Je	<input type="checkbox"/> Ve	
Autre(s) :	.....					

### 5. Critères de refus et de non prise en charge pour un séjour en UATR\*

- |                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Client ne répondant pas aux conditions d'admission obligatoires selon le cadre légal établi |
| <input type="checkbox"/> Client incapable de s'engager et sans représentant légal                                    |
| <input type="checkbox"/> Besoin de suite de traitement avec surveillance médicale                                    |
| <input type="checkbox"/> Attente d'un placement en EMS                                                               |
| <input type="checkbox"/> Attente d'une domiciliation                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile non envisageable                                                          |

\* Si coché, renseigner le tableau de bord statistiques

### 6. Conditions d'admission<sup>11</sup>

Si aucun critère de refus et de non prise en charge n'est coché, les conditions d'admission pour un séjour en UATR sont examinées.

Les conditions d'admission décrites dans la colonne de gauche sont **cumulatives** et doivent être totalement remplies positivement pour bénéficier d'un séjour en UATR.

CONDITIONS D'ADMISSION OBLIGATOIRES	MOTIF DU RÉPIT
<b>AGE AVS*</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Besoin de répit bénéficiaire
<b>Domicilié à Genève</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Besoin de répit proche aidant
<input type="checkbox"/> <b>Durée de séjour**</b> (min. 5 - max. 45 jours/an)	<input type="checkbox"/> Epuisement proche aidant
Nombre de jours prévus : ..... jours	<input type="checkbox"/> Absence proche aidant
<input type="checkbox"/> <b>Prescription médicale</b> pour le séjour en UATR (à fournir lorsque le séjour est validé)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation proche aidant
	<input type="checkbox"/> Travaux logement (barrière environnementale: aménagement ascenseur, immeuble, appartement)
	<input type="checkbox"/> Logement momentanément inhabitable (ex. punaises de lit, etc.)
	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation (RAD possible mais travaux ou absence proche aidant)

\*\* Possibilité de demande de dérogation motivée et renseignée dans le tableau de bord statistiques

### 7. Complément d'informations

<b>ETAT DE SANTE GENERAL</b>	
<input type="checkbox"/> Troubles physiques	<i>préciser si</i> <input type="checkbox"/> avec difficultés de mobilisation
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques	<i>préciser si</i> <input type="checkbox"/> avec problème de comportement
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs	<i>préciser si</i> <input type="checkbox"/> avec risque de fugue

<sup>11</sup> Selon le cadre légal établi (article 30 RSDom) et son esprit, le séjour en UATR est destiné à des personnes de plus de 65 ans vivant à Genève et souffrant de **troubles physiques, psychiques et/ou troubles cognitifs** nécessitant des prestations socio-hôtelières, des soins de base et d'aide aux AIVQ sans pathologie décompensée ou aigue nécessitant une hospitalisation et étant au bénéfice d'une prescription médicale indiquant le besoin d'un séjour de répit.



## EMS FOYER SAINT-PAUL SA

Date de la demande : .....  
Provenance : .....  
**Date d'entrée** : .....  
Heure d'arrivée : .....  
Heure d'arrivée Unité : .....  
**Date de sortie/Heure** : .....

Caisse maladie : .....  
N° d'assuré : .....  
N° d'identification : .....  
SPC n° : .....  
AVS n° : .....  
**Répondant**  
Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .....  
**Répondant financier**  
Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .....

### INFORMATIONS SOCIALES

#### **RESEAU FAMILIAL**

.....  
.....  
.....  
.....

#### **BREVE HISTOIRE DE VIE**

.....  
.....  
.....  
.....



