Confidentiel

01/09/2016	RESIDENCE LA PLAINE
Version 1	2100FOR002
CS	DEMANDE D'ADMISSION
Concerne :	PREADMISSION

DEMANDE D'ADMISSION

A remplir par les services sociaux ou à défaut par la personne elle-même ou son entourage.

ÉMETTEUR (timbre) Formule remplie par : Date: ……	Personne ou service à contacter : Nom : …… …….. N° de tel : …….. Nom du médecin responsable : …… …… N° de tel:……..	DESTINATAIRE À …… …… …… …… Service : …… …… ……

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : ……	Prénom : ……..
Nom de jeune fille : ……	Origine : ……
Date de naissance : ……..	Etat civil : ……
Confession : ……	Langue (s) parlée(s) :……
Adresse : ……	
Chez : ……	No de tél. : ……
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	oui □ non □
Si oui, depuis le : ……	Nom de l'institution : ……
Caisse maladie : ……	No AVS : ……
(Nom et adresse) : ……..	No SPC : ……..
……	Médecin traitant : ……
No d'assuré : ……	Nom : ……
	Adresse : ……
<u>Répondant financier</u> – <u>tuteur</u> – <u>curateur</u> :	
	No de tél. : ……..
Nom : ……	Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ?
Adresse : ……	Oui □ Non □
……	Si oui, nom(s) : ……
No de tél. : ……	
Adresse : ……	
……	
No de tél. : ……	

2. MOTIF(S) DE LA DEMANDE

……

……

……

……

3. ENTOURAGE

Nom : …… Prénom : ……
Adresse : …… Lien : ……
……
Tél. Privé : …… Tél. prof : ……
Portable : ……

Nom : …… Prénom : ……
Adresse: …… Lien : ……
……
Tél. Privé : …… Tél. prof : ……
Portable : ……

Nom : …… Prénom : ……
Adresse: …… Lien : ……
……
Tél. Privé : …… Tél. prof : ……
Portable : ……

Service social ou autre: ……..

Clef déposée chez :
Nom : …… Prénom : ……
Adresse : …… Lien : ……
……
Tél. Privé : …… Tél. prof : ……
Portable : ……..

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage		Conditions logement
		étage : nombre ……
Vit seul(e)	: ……	pièces : nombre……
avec conjoint	: ……	escalier : …….
avec enfant(s)	: ……	ascenseur : ……..
Autre, préciser	: ……	salle de bains : ……..
		eau chaude :……..
		chauffage central :……
Logement	:	cuisinière à gaz :……
		cuisinière électrique :……..
appartement	: ……	système de sécurité :……..
villa	: ……	autre(s) remarque(s) :……..

immeuble avec encadrement: ……
établissement long séjour : ……

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

Activité, loisirs :
……
……
……
……

5. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (cocher ce qui convient)

Activité :	seul(e)	avec aide	dépen-dant
Boire	☐	☐	☐
Manger	☐	☐	☐
Faire sa toilette	☐	☐	☐
S'habiller	☐	☐	☐
Prendre un bain	☐	☐	☐
Prendre une douche	☐	☐	☐
S'asseoir / se lever	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐
Monter les escaliers	☐	☐	☐
Se coucher / se lever	☐	☐	☐
Déplacement à l'aide (préciser) : ……			

Activité :	seul(e)	avec aide	dépen-dant
Voir	☐	☐	☐
Entendre	☐	☐	☐
Parler	☐	☐	☐
Uriner	☐	☐	☐
Aller à la selle	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐
Faire les courses	☐	☐	☐
Préparer les repas	☐	☐	☐
Faire la lessive	☐	☐	☐
Faire le ménage	☐	☐	☐
Faire le lit	☐	☐	☐

Soins spécifiques :	oui	non
Soins d'escarres	☐	☐
Pansements	☐	☐
Sonde à demeure	☐	☐
Urostomie	☐	☐
Colostomie	☐	☐
Lavage de vessie	☐	☐
Autre (à préciser) :……		

Moyens alimentaires :	oui	non
Prothèse dentaire supérieure	☐	☐
Prothèse dentaire inférieure	☐	☐
Lunettes	☐	☐
Appareil(s) acoustique (s)	☐	☐
Autre (préciser) : ……		

Rythme veille / sommeil :	oui	non
Normal	☐	☐
Perturbé	☐	☐
Avec médicaments	☐	☐

Incontinence :	oui	non
Urine	☐	☐
Selles	☐	☐

Etat psychique :	oui	non
Sans problème	☐	☐
Orientation dans le temps	☐	☐
Orientation dans l'espace	☐	☐
Reconnaissance des personnes	☐	☐

Respiration :	oui	non
Sans problème	☐	☐
Souffle court	☐	☐
Expectorations	☐	☐

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (cocher ce qui convient)

	oui	non
Tendance aux chutes :	☐	☐
Risque de fugue	☐	☐

Régime alimentaire (préciser) :
……
……
……

Comportement :	oui	non
Calme	☐	☐
Agité	☐	☐
Anxieux	☐	☐
Agressif	☐	☐
Etat dépressif	☐	☐
Déambulation	☐	☐
Agressivité verbale	☐	☐
Agressivité gestuelle	☐	☐
Troubles mnésiques	☐	☐

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :
……..
……..
MRSA (cocher ce qui convient) : oui □ non □

7. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS ET OBSERVATIONS A DOMICILE

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :
……
……
……

Objectifs atteints :……
……
……

Objectifs non atteints :……
……
……

8. MESURE D'ENCADREMENT A DOMICILE

Remarques :
……
……

Etabli par (en majuscules, SVP) : ……

Date : ……

Signature du client : ……

9. DECISION DU DESTINATAIRE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Acceptation de la demande : oui □ non□ Date : ……..

Si refus, motif : ……..……

……

……

En attente, motifs : ……

……

……