

Demande d'admission pour un hébergement :

 En urgence

 Préventif

CONFIDENTIEL

A remplir par les services sociaux, ou par la personne elle-même ou son entourage

EMETTEUR·TRICE (timbre) Formulaire rempli par : _____ _____ Date : _____	Personne ou service à contacter : _____ N° tél. _____ Nom du médecin responsable: _____ N° tél. _____	Destinataire : Assistante sociale EMS Eynard-Fatio Service : Administration
--	--	--

1. Identité du client

Nom : _____	Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____	Etat-civil : _____ depuis le _____
Date de naissance : _____	Lieu de naissance : _____
Origine : _____	Dernière profession exercée : _____
Confession : _____	Nom du père : _____
Adresse : _____	Nom de la mère : _____
_____	Langues parlées : _____
Chez : _____	_____
N° de tél. _____	
Hospitalisé-e au moment de la demande : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, depuis le : _____	Nom de l'institution _____

2. Renseignements administratifs

N° AVS : _____	Nom de la caisse : _____
N° SPC* : _____	Demande en cours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres rentes : _____	
Caisse maladie : _____	N° assuré-e : _____
Médecin traitant : _____	N° de tél. : _____

*SPC-Service des Prestations Complémentaires

3. Répondant / Curatelle / Entourage familial

Nom, prénom	Lien	Adresse	N° tél. / e-mail

4. Conditions de vie

<p>Entourage :</p> <p>Vit seul·e <input type="checkbox"/></p> <p>Avec conjoint <input type="checkbox"/></p> <p>Avec enfant(s) <input type="checkbox"/></p> <p>Entourage autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____</p> <p>Animal domestique <input type="checkbox"/> Préciser : _____</p>	<p>Logement :</p> <p>En appartement <input type="checkbox"/></p> <p>Villa <input type="checkbox"/></p> <p>IEPA (Immeuble avec encadrement pour personnes âgées) <input type="checkbox"/></p> <p>Logement autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____</p>
---	---

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

Activités, loisirs : _____

 Encadrement médico-social à domicile : oui non
5. Motifs de la demande**6. Préparation à l'admission**

Documents en annexe : Oui Non

Lesquels : _____

Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom : _____

Adresse : _____

N° tél. : _____

7. 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange	<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"/>
Entourage	Oui	Non		Moyens auxiliaires 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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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			Oui	Non	
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement	Oui	Non		Etat psychique	Oui	Non	
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reconnaît les personnes	<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 : _____