



# DEMANDE D'ADMISSION

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

<b>EMETTEUR</b> (timbre) Formule remplie par :  Date : .....	Personne ou service à contacter : Nom : ..... ..... N° de tél. : .....  Nom médecin responsable : ..... ..... N° de tél. : .....	<b>DESTINATAIRE</b> à : ..... ..... ..... ..... Service : ..... ..... .....
---	--	--

## 1. Identité du client

NOM : .....	PRENOM : .....
Nom de jeune fille : .....	Origine : .....
Confession : .....	Etat civil : .....
Adresse : .....	Date de naissance : .....
.....	Langue(s) parlée(s) : .....
Chez : .....	.....
N° 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

Caisse - maladie (nom et adresse) ..... .....	N° AVS : .....
N° d'assuré : .....	N° DSE/SPC (OCPA): .....
Répondant financier - tuteur - curateur :	Médecin traitant :
Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
N° tél. : .....	N° tél. : .....
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Si oui, nom (s) : .....
	.....

### 3. Motif(s) de la demande

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

### 4. Entourage

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....

Service social ou autre :

Clef déposée chez :

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél. privé : .....	Tél. prof : .....

### 5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Conditions logements :	
vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	étage	nombre .....
avec conjoint	<input type="checkbox"/>	pièces	nombre .....
avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	escalier	<input type="checkbox"/>
autre (préciser) : .....		ascenseur	<input type="checkbox"/>
.....		salle de bains	<input type="checkbox"/>
Logement :		eau chaude	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	chauffage central	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
établissement long séjour	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
		autre(s) remarque(s) : .....	
		.....	

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

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

Activités, loisirs :

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

## 6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

<u>Activités :</u>	seul	avec aide	dépendant	<u>Activités :</u>	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 les 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"/>
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déplacements à l'aide de ( préciser ) :				faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							
<u>Soins spécifiques :</u>		oui	non	<u>Moyens auxiliaires :</u>		oui	non
soins d'escarres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire supérieure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pansements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire inférieure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde à demeure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urostomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	appareil(s) acoustique(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre ( préciser ) :			
lavage de vessie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
autre ( préciser ) :				<u>Incontinence :</u>		oui	non
.....				urine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rythme veille/sommeil :</u>		oui	non	selles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
perturbé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Respiration :</u>		oui	non
avec médicament(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Etat psychique :</u>		oui	non	souffle court		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans le temps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Comportement :</u>		oui	non
orientation dans l'espace		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tendance aux chutes :</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Risque de fugue :</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Régime alimentaire (préciser) :</u>				état 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"/>

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

.....

.....

.....

.....

MRSA (cocher ce qui convient) : oui  non

## 7. Renseignements importants et observations à domicile

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :

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

Objectifs atteints :

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

Objectifs non atteints :

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

## 8. Mesures d'encadrement à domicile

Remarques

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

Etabli par (en majuscule SVP) :

Date :

Signature du client :

## 9. Décision du destinataire de la demande d'admission

Acceptation de la demande : oui  non

date : .....

Si refus, motifs :

.....  
.....

En attente, motifs :

.....  
.....