

## DEMANDE D'ADMISSION



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

EMETTER (timbre) Formule remplie par :	personne ou service à contacter Nom :  N° tél : Nom médecin responsable	DESTINATAIRE à :  Service :
Date :	N° tél :	

### 1. IDENTITE DU CLIENT

NOM :	PRENOM :		
Nom de jeune fille :	Origine :		
Confession :	Etat civil :		
Adresse :	Date de naissance :		
Chez :			
N° tél :			
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	<table border="1"><tr><td>OUI</td><td>NON</td></tr></table>	OUI	NON
OUI	NON		
si oui, depuis le :	Nom de l'institution :		

### 2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse-maladie (nom et adresse) :	N° AVS : N° OCPA :		
N° assuré :			
Répondant financier-tuteur-curateur :	Médecin traitant :		
Nom :	Nom :		
Adresse :	Adresse :		
N° tél :	N° tél :		
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ?	<table border="1"><tr><td>OUI</td><td>NON</td></tr></table>	OUI	NON
OUI	NON		
	Si oui, nom(s) :		

### 3. MOTIF(S) DE LA DEMANDE

--

### 4. ENTOURAGE

Nom : Adresse : Tél privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Nom : Adresse : Tél privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Nom : Adresse : Tél privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :
Service social ou autre :	
Clé déposée chez :	
Nom : Adresse : Tél privé :	Prénom : Lien : Tél. prof :

### 5. CONDITIONS DE VIE (cocher ce qui convient)

<b>ENTOURAGE</b>		<b>CONDITIONS LOGEMENTS :</b>	
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"/>
		eau chaude	<input type="checkbox"/>
<b>LOGEMENT :</b>		chauffage central	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
établissement long séjour	<input type="checkbox"/>	autres remarques :	_____

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

Activités, loisirs :
----------------------

## 6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITE	Seul		avec aide dépendant		ACTIVITE	Seul		avec aide dépendant	
boire					voir				
manger					entendre				
faire sa toilette					parler				
s'habiller					uriner				
prendre un bain					aller à selle				
prendre une douche					se déplacer à l'extérieur				
s'asseoir/se lever					faire les courses				
marcher					préparer les repas				
monter les escaliers					faire la lessive				
se coucher/se lever					faire le ménage				
déplacement à l'aide de (préciser) :					faire le lit				

### SOINS SPECIFIQUES

	OUI	NON
soins d'escarres		
pansements		
sonde à demeure		
urostomie		
lavage de vessie		
autre (préciser) :		

### MOYENS AUXILIARES

	OUI	NON
prothèse dentaire supérieure		
prothèse dentaire inférieure		
lunettes		
appareil(s) acoustique(s)		
autre (préciser) :		

### RYTHME VEILLE/SOMMEIL

	OUI	NON
normal		
perturbé		
avec médicament(s)		

### 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		

### TENDANCE AUX CHUTES

	OUI	NON

### COMPORTEMENT

	OUI	NON
calme		
agité		
anxieux		
agressif		
état dépressif		
déambulation		
agressivité verbale		
agressivité gestuelle		
troubles mnésiques		

### RISQUE DE FUGUE

	OUI	NON

### REGIME ALIMENTAIRE (préciser) :


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


MRSA (cocher ce qui convient)

OUI	NON

