

# Demande d'admission dans un établissement médico-social (EMS)



Demande d'admission pour un hébergement :                      En urgence                      Préventif  
Inscrit à MonDossierMédical.ch :                                      Oui                                      Non

**CONFIDENTIEL**

## EMETTEUR (timbre)

Formulaire rempli par :

Date:

Service:

## DESTINATAIRE

A :

Service :

## 1. IDENTITE DU CLIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe :

Etat civil :

Date de naissance :

N° de tel :

Adresse :

Chez:

NPA :

Localité :

Origine :

Confession :

Langue(s) parlée(s):

Hospitalisé(e) au moment de la demande :

Oui

Non

Si oui, depuis le :

Nom de l'institution :

## 2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS :

N° SPC :

N° Assuré :

Autres rentes :

**Caisse maladie :**

Nom :

Adresse :

**Médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

**Curatelle :**

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

**Inscription auprès d'autres établissements :**

Oui

Non

Si oui, lesquels :

**3. ENTOURAGE / REpondant**

Nom, prénom	Lien	Adresse	Téléphone

**4. CONDITIONS DE VIE**

<b>Entourage:</b>	COCHER	<b>Logement:</b>	COCHER
Vit seul		Appartement	
Avec conjoint		Villa	
Avec enfant(s)		IEPA	
Animal domestique			
Entourage - Préciser :			
Logement - Autre :			
<b>Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) :</b>			
<b>Activités, loisirs :</b>			
<b>Encadrement médico-social à domicile :</b>			
	Oui	Non	
Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :			

**5. MOTIFS DE LA DEMANDE**

# Demande d'admission dans un établissement médico-social (EMS)



Nom :

Prénom :

Né(e)le :

<b>6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Entourage</b></td> <td style="width: 15%;">Seul</td> <td style="width: 15%;">Avec aide</td> <td style="width: 50%;">Dépendant</td> </tr> <tr><td>Boire</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Manger</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire sa toilette</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S'habiller</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Prendre un bain</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Prendre une douche</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S'asseoir/Se lever</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Marcher</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se déplacer</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Monter les escaliers</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se coucher/Se lever</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Entourage</b>	Seul	Avec aide	Dépendant	Boire				Manger				Faire sa toilette				S'habiller				Prendre un bain				Prendre une douche				S'asseoir/Se lever				Marcher				Se déplacer				Monter les escaliers				Se coucher/Se lever				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Logement</b></td> <td style="width: 15%;">Seul</td> <td style="width: 15%;">Avec aide</td> <td style="width: 50%;">Dépendant</td> </tr> <tr><td>Voir</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Entendre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Parler</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Uriner</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aller à la selle</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Se déplacer à l'extérieur</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire ses courses</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Préparer les repas</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire la lessive</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire le ménage</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Faire le lit</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Logement</b>	Seul	Avec aide	Dépendant	Voir				Entendre				Parler				Uriner				Aller à la selle				Se déplacer à l'extérieur				Faire ses courses				Préparer les repas				Faire la lessive				Faire le ménage				Faire le lit			
<b>Entourage</b>	Seul	Avec aide	Dépendant																																																																																														
Boire																																																																																																	
Manger																																																																																																	
Faire sa toilette																																																																																																	
S'habiller																																																																																																	
Prendre un bain																																																																																																	
Prendre une douche																																																																																																	
S'asseoir/Se lever																																																																																																	
Marcher																																																																																																	
Se déplacer																																																																																																	
Monter les escaliers																																																																																																	
Se coucher/Se lever																																																																																																	
<b>Logement</b>	Seul	Avec aide	Dépendant																																																																																														
Voir																																																																																																	
Entendre																																																																																																	
Parler																																																																																																	
Uriner																																																																																																	
Aller à la selle																																																																																																	
Se déplacer à l'extérieur																																																																																																	
Faire ses courses																																																																																																	
Préparer les repas																																																																																																	
Faire la lessive																																																																																																	
Faire le ménage																																																																																																	
Faire le lit																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Soins spécifiques</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Soins d'escarres</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pansements</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sonde à demeure</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Urostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Colostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Trachéostomie</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autre :</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Soins spécifiques</b>	Oui	Non		Soins d'escarres				Pansements				Sonde à demeure				Urostomie				Colostomie				Trachéostomie				Autre :				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Moyens aux. et matériel</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Prothèse dentaire</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lunettes</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Appareil(s) acoustique(s)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Matelas anti-escarre</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PEG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CPAP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Oxygène</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Moyens aux. et matériel</b>	Oui	Non		Prothèse dentaire				Lunettes				Appareil(s) acoustique(s)				Matelas anti-escarre				PEG				CPAP				Oxygène																																			
<b>Soins spécifiques</b>	Oui	Non																																																																																															
Soins d'escarres																																																																																																	
Pansements																																																																																																	
Sonde à demeure																																																																																																	
Urostomie																																																																																																	
Colostomie																																																																																																	
Trachéostomie																																																																																																	
Autre :																																																																																																	
<b>Moyens aux. et matériel</b>	Oui	Non																																																																																															
Prothèse dentaire																																																																																																	
Lunettes																																																																																																	
Appareil(s) acoustique(s)																																																																																																	
Matelas anti-escarre																																																																																																	
PEG																																																																																																	
CPAP																																																																																																	
Oxygène																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Sommeil / rythme</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Normal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Perturbé</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Avec médicaments</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Sommeil / rythme</b>	Oui	Non		Normal				Perturbé				Avec médicaments				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Respiration</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Sans problèmes</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Souffle court</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Expectorations</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Respiration</b>	Oui	Non		Sans problèmes				Souffle court				Expectorations																																																																			
<b>Sommeil / rythme</b>	Oui	Non																																																																																															
Normal																																																																																																	
Perturbé																																																																																																	
Avec médicaments																																																																																																	
<b>Respiration</b>	Oui	Non																																																																																															
Sans problèmes																																																																																																	
Souffle court																																																																																																	
Expectorations																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Incontinence</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Urine</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Selles</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Incontinence</b>	Oui	Non		Urine				Selles				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 50%;">Tendance aux chutes</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>Risque de fugues</td></tr> <tr> <td><b>Etat psychique</b></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td></td> </tr> </table>				Tendance aux chutes				Risque de fugues	<b>Etat psychique</b>	Oui	Non																																																																									
<b>Incontinence</b>	Oui	Non																																																																																															
Urine																																																																																																	
Selles																																																																																																	
			Tendance aux chutes																																																																																														
			Risque de fugues																																																																																														
<b>Etat psychique</b>	Oui	Non																																																																																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Comportement</b></td> <td style="width: 15%;">Oui</td> <td style="width: 15%;">Non</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr><td>Calme</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agité</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Anxieux</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressif</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Etat dépressif</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Déambulation</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressivité verbale</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agressivité gestuelle</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Troubles mnésiques</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<b>Comportement</b>	Oui	Non		Calme				Agité				Anxieux				Agressif				Etat dépressif				Déambulation				Agressivité verbale				Agressivité gestuelle				Troubles mnésiques				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sans problème</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orienté dans le temps</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Orienté dans l'espace</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reconnait les personnes</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Sans problème				Orienté dans le temps				Orienté dans l'espace				Reconnait les personnes																																											
<b>Comportement</b>	Oui	Non																																																																																															
Calme																																																																																																	
Agité																																																																																																	
Anxieux																																																																																																	
Agressif																																																																																																	
Etat dépressif																																																																																																	
Déambulation																																																																																																	
Agressivité verbale																																																																																																	
Agressivité gestuelle																																																																																																	
Troubles mnésiques																																																																																																	
Sans problème																																																																																																	
Orienté dans le temps																																																																																																	
Orienté dans l'espace																																																																																																	
Reconnait les personnes																																																																																																	

Régime alimentaire (Oui) / (Non) - préciser:

Fumeur (Oui) / (Non) - préciser:

MRSA (Oui) / (Non) - préciser:



## 7. PREPARATION A L'ADMISSION

Documents en annexe :  Oui  Non

Lesquels :

### Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Par la présente coche, la personne accepte d'être enregistrée sur l'application informatique GestPlace. Ceci peut impliquer la mise à disposition de ses données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés (HUG, EMS également choisis).

Demande d'admission établie le :

par :

Signature: