



DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

☐ Urgente

☐ Préventive

É M E T T E U R

Formulaire rempli par:

Nom :

.....

.....

Lien:

.....

Date:

Personne ou service à contacter:

Nom:

.....

Tél:

Médecin responsable:

.....

Tél:

E-mail:

Destinataire:

CONFIDENTIEL

EMS NOUVEAU KERMONT

Service des admissions

Ch. des Châtaigniers 24

1292 Chambésy

MOTIF DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

IDENTITE DU CLIENT

Nom:

Nom de jeune fille:

Prénom:

Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de Naissance:

Lieu de naissance:

Etat civil:

Adresse:

Chez:

NPA/Localité:

☎:

Langues:

.....

Origine/Canton d'origine:

Nationalité:

Confession:

Hospitalisé(e) au moment de la demande: ☐ oui ☐ non

Si oui, depuis le:

Nom de l'institution:

Souhaitez-vous emménager :

☐ Rapidement

☐ Plus tard

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

Caisse AVS:

N° AVS:

Rente AVS: CHF

Caisse maladie:

Adresse:

N° d'assuré(e):

Médecin traitant :

Adresse:

.....

☎:

E-mail:

Répondant financier – Curateur :

Nom:

Adresse:

.....

☎:

@:

Service des prestations complémentaires :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, n° de dossier :

.....

Inscription auprès d'autres établissements :

☐ Oui

☐ Non

ENTOURAGE / REPONDANT (1)

Nom:.....Prénom:.....Lien:.....

Adresse :.....

☎ privé:.....☎ pro.:.....

Portable:.....@:.....

ENTOURAGE (2)

Nom:.....Prénom:.....Lien:.....

Adresse:.....

☎ privé:.....☎ pro.:.....

Portable:.....@:.....

ENTOURAGE (3)

Nom:.....Prénom:.....Lien:.....

Adresse:.....

☎ privé:.....☎ pro.:.....

Portable:.....@:.....

CONDITIONS DE VIE

(cocher ce qui convient)

Vit seul ☐

Avec conjoint ☐

Avec enfant(s) ☐

Appartement ☐

Villa ☐

IEPA ☐

Animal domestique ☐

Autres :

Centres d'intérêts:

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

.....

.....

Encadrement médico-social à domicile:

Oui ☐

non ☐

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s).....

.....

.....

.....

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Activité :	Seul	Avec Aide	Dépendant	Activité	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire	☐	☐	☐	Vision: ☐ Normale ☐ Lunettes ☐ Malvoyant/e ☐ Aveugle			
Manger	☐	☐	☐	Ouïe: ☐ Normale ☐ Appareil acoustique ☐ Sourd/e			
Faire sa toilette	☐	☐	☐	Parole: ☐ Normale ☐ Difficilement ☐ Muet			
S'habiller	☐	☐	☐				
Prendre un bain	☐	☐	☐				
Prendre une douche	☐	☐	☐	Uriner	☐	☐	☐
S'asseoir/se lever	☐	☐	☐	Aller à selle	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐	Se déplacer à	☐	☐	☐
Monter les escaliers	☐	☐	☐	Faire ses courses	☐	☐	☐
Se coucher/se lever	☐	☐	☐	Préparer les repas	☐	☐	☐
Déplacement à l'aide de (préciser):				Faire la lessive	☐	☐	☐
				Faire le ménage	☐	☐	☐
				Faire le lit	☐	☐	☐
Soins spécifiques	oui	non		Moyens auxiliaires	oui	non	
Soins d'escarres	☐	☐		Prothèse dentaire supérieur	☐	☐	
Pansements	☐	☐		Prothèse dentaire inférieur	☐	☐	
Sonde à demeure	☐	☐		Lunettes	☐	☐	
Urostomie	☐	☐		Appareil(s) acoustique(s)	☐	☐	
Colostomie	☐	☐		Matelas anti-escarre	☐	☐	
Trachéostomie	☐	☐		PEG*1	☐	☐	
Autres (préciser):.....				CPAP*2	☐	☐	
				Oxygène	☐	☐	
				Autres (préciser):			
Rythme veille/sommeil	oui	non		Respiration	oui	non	
Normal	☐	☐		Sans problèmes	☐	☐	
Perturbé	☐	☐		Souffle court	☐	☐	
Avec médicaments	☐	☐		Expectorations	☐	☐	
				Tendance aux chutes	☐	☐	
Incontinence	oui	non		Risque de fugues	☐	☐	
Urine	☐	☐		Etat Physique	Oui	non	
Selles	☐	☐		Sans problème	☐	☐	
Comportement	oui	non		Orienté dans le temps	☐	☐	
Calme	☐	☐		Orienté dans l'espace	☐	☐	
Agité	☐	☐		Reconnait les personnes	☐	☐	
Anxieux	☐	☐		Fumeur	☐	☐	
Agressif	☐	☐		Remarques:			
Etat dépressif	☐	☐					
Déambulation	☐	☐					
Agressivité verbale	☐	☐		MRSA *3	☐	☐	
Agressivité gestuelle	☐	☐		Remarques:			
Troubles mnésiques	☐	☐					
Régime alimentaire	☐	☐					
Si oui, Préciser :				Taille	Poids:		

Personne de contact pour annoncer l'admission:

Nom:

Adresse:

.....

☎:@:

- ☐ Par la présente coche, il est certifié que le patient à été informé et a donné son accord au projet de prise en charge (transfert vers un établissement médico-social) qui implique la mise à disposition de données médicales et médico-sociales aux partenaires impliqués

Etabli par:

Date :

X

Timbre / signature

*¹ Nutrition entérale par gastrostomie percutanée

*² La ventilation en pression positive continue

*³ Staphylocoque doré résistant à la mécilline