



Demande d'inscription appartement protégé

1. IDENTITE DU LOCATAIRE

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 :

Demande inscription appartement protégé

3. ENTOURAGE / REpondant

Nom, prénom	Lien	Adresse postale	/	Adresse mail	Téléphone/Natel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. CONDITIONS DE VIE

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

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

Demande inscription appartement protégé

Nom: Prénom: Né(e)le:

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

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

Fumeur (Oui) / (Non) - préciser:

MRSA (Oui) / (Non) - préciser:



Demande inscription appartement protégé

DOCUMENTS A FOURNIR

Pièce d'identité
Dernier avis de taxation
Police assurance maladie

Demande d'inscription établie le :

Signature: