

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 :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Chez:

NPA :

Origine :

Confession :

Langue(s) parlée(s):

Etat civil :

N° de tel :

Localité :

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 :

N° carte assurance maladie :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Curatelle :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

☐ Oui

☐ Non

Inscription auprès d'autres établissements :

3. ENTOURAGE / REpondant

Nom, prénom	Lien	Adresse postale	/	Adresse mail	Téléphone/Natel

4. CONDITIONS DE VIE

Entourage:		COCHER	Logement:		COCHER
Vit seul	☐		Appartement	☐	
Avec conjoint	☐		Villa	☐	
Avec enfant(s)	☐		IEPA	☐	
Animal domestique	☐				
Entourage - Préciser :					
Logement - Autre :					
Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) :					
Activités, loisirs :					
Encadrement médico-social à domicile :		☐	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 :

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

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

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:

Enregistrer le formulaire et les données saisies

Imprimer