

Résidence Mandement Sàrl
1242 Satigny

DEMANDE D'ADMISSION

Confidentiel

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

EMETTEUR (timbre) Formule remplie par :	Personne ou service à contacter :	DESTINATAIRE
	Nom :	à :
	N° tél. :
	Nom médecin responsable :

	Service :

Date :	N°tél. :
	Email :

1. Identité du client

NOM :	PRENOM :
Nom de jeune fille :	Origine :
Confession :	Etat civil
Adresse :	Date de naissance
.....	Langue(s) parlée(s)
Chez :
N°tél. :
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, depuis le :	Nom de l'institution :

2. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) :	N° AVS :
.....	N° OCPA :
N° d'assuré :
Répondant financier – tuteur – curateur :	Médecin traitant :
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
.....
N° tél. :	N° tél. :
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissements(s) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Si oui, nom(s) :

3. Motif(s) de la demande

.....
.....
.....
.....
.....

4. Entourage

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
adresse mail :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
adresse mail :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
adresse mail :	
Service social ou autre :	
.....	
Clef déposée chez :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :	Conditions logements :
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"/>
	chauffage central <input type="checkbox"/>
Logement :	cuisinière à gaz <input type="checkbox"/>
appartement <input type="checkbox"/>	cuisinière électrique <input type="checkbox"/>
villa <input type="checkbox"/>	système de sécurité <input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement <input type="checkbox"/>	autre(s) remarque(s) :
Etablissement long séjour <input type="checkbox"/>

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

.....
.....

Activités, loisirs :

.....
.....

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

Activité :	seul	avec Aide	dépendant	Activité :	seul	avec aide	dépendant
boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aller à selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déplacement à l'aide de (préciser) :				faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							
Soins spécifiques :	oui	non		Moyens auxiliaires :	oui	non	
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre (préciser) :			
.....						
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Incontinence :	oui	non	
Autre (préciser) :				urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....				selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme veille/sommeil :	oui	non		Respiration :	oui	non	
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
avec médicament (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etat psychique :	oui	non		Comportement :	oui	non	
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime alimentaire (préciser) :				agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....				agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....							

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

MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

7. Renseignements importants et observations à domicile

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :

.....

.....

.....

.....

Objectifs atteints :

.....

.....

.....

.....

Objectifs non atteints :

.....

.....

.....

.....

8. Mesure d'encadrement à domicile

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etabli par (en majuscules svp) :	Date :	Signature du client :
----------------------------------	--------	-----------------------

9. Décision du destinataire de la demande d'admission

Acceptation de la demande : oui non date :

Si refus, motifs :

En attente, motifs :

.....