

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

EMETTEUR (timbre) Formule remplie par : Date :	Personne ou service à contacter : Nom : N° tél. : Nom médecin responsable : N° tél. :	<p><u>DESTINATAIRE</u></p> Résidence les Arénières Quai des Arénières 12-14 / CP 60 1211 Genève 8 022/708.19.11
		<p><u>Service:</u></p> Soins Infirmière Cheffe Colette PARAVICINI 022/708.19.23

1. Identité du client

NOM : Nom de jeune fille : Confession : Adresse : Chez : N° tél. : Hospitalisé(e) au moment de la demande : Si oui, depuis le :	PRENOM : Origine : Etat civil : Date naissance : Langue(s) parlée(s) : oui o non o Nom de l'institution :
--	--

2. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) : N° d'assuré : Répondant financier - tuteur - curateur : Nom : Adresse : N° tél. : Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s)?	N° AVS : N° OCPA : Médecin traitant : Nom : Adresse : N° tél. : oui o non o Si oui, nom(s) :
---	---

3. Motif(s) de la demande

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

4. Entourage

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :

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

.....

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	0	0	0	voir	0	0	0
manger	0	0	0	entendre	0	0	0
faire sa toilette	0	0	0	parler	0	0	0
s'habiller	0	0	0	uriner	0	0	0
prendre un bain	0	0	0	aller à selle	0	0	0
prendre une douche	0	0	0	se déplacer à l'extérieur	0	0	0
s'asseoir/se lever	0	0	0	faire les courses	0	0	0
marcher	0	0	0	préparer les repas	0	0	0
monter les escaliers	0	0	0	faire la lessive	0	0	0
se coucher/se lever	0	0	0	faire le ménage	0	0	0
déplacement à l'aide de (préciser) :				faire le lit	0	0	0
.....							
Soins spécifiques :		oui	non	Moyens auxiliaires :		oui	non
soins d'escarres	0	0	0	prothèse dentaire supérieure	0	0	0
pansements	0	0	0	prothèse dentaire inférieure	0	0	0
sonde à demeure	0	0	0	lunettes	0	0	0
urostomie	0	0	0	appareil(s) acoustique(s)	0	0	0
colostomie	0	0	0	autre (préciser) :			
lavage de vessie	0	0	0			
autre (préciser) :				Incontinence :		oui	non
.....				urine		0	0
Rythme veille/sommeil :		oui	non	selles		0	0
normal	0	0	0	Respiration :		oui	non
perturbé	0	0	0	sans problème		0	0
avec médicament(s)	0	0	0	souffle court		0	0
Etat psychique :		oui	non	expectorations		0	0
sans problème	0	0	0	Comportement :		oui	non
orientation dans le temps	0	0	0	calme		0	0
orientation dans l'espace	0	0	0	agité		0	0
reconnaissance des personnes	0	0	0	anxieux		0	0
Tendance aux chutes	0	0	0	agressif		0	0
Risque de fugue	0	0	0	état dépressif		0	0
Régime alimentaire (préciser) :				déambulation		0	0
.....				agressivité verbale		0	0
.....				agressivité gestuelle		0	0
.....				troubles mnésiques		0	0

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

.....

.....

.....

MRSA (cocher ce qui convient) : oui 0 non 0

7. Renseignements importants et observations à domicile

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :

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

Objectifs atteints :

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

Objectifs non atteints :

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

8. Mesures d'encadrement à domicile

Remarques :

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

Etabli par (en majuscule 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 :

.....
.....