

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

<p>EMETTEUR (timbre) Formule remplie par :</p>          Date : .....	<p>Personne ou service à contacter :</p> <p>Nom : .....</p> <p>.....</p> <p>N° tél. : .....</p> <p>Nom médecin responsable :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° tél. : .....</p>	<p><b><u>DESTINATAIRE</u></b></p> <p>Résidence de la POTERIE</p> <p>35, Rue de la Poterie</p> <p>1202 Genève</p> <p>022/708.19.19</p> <p><b><u>Service:</u></b></p> <p>Soins</p> <p>Infirmière Cheffe Véronique ANNONI</p> <p>022/708.19.70</p>
--	---	---

**1. Identité du client**

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

**2. Renseignements administratifs**

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

### 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"/>
<b>Logement :</b>		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)

<b>Activité :</b>	seul	avec aide	dépendant	<b>Activité :</b>	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
.....							
<b>Soins spécifiques :</b>		oui	non	<b>Moyens auxiliaires :</b>		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) :				<b>Incontinence :</b>		oui	non
.....				urine		0	0
<b>Rythme veille/sommeil :</b>		oui	non	selles		0	0
normal	0	0	0	<b>Respiration :</b>		oui	non
perturbé	0	0	0	sans problème		0	0
avec médicament(s)	0	0	0	souffle court		0	0
<b>Etat psychique :</b>		oui	non	expectorations		0	0
sans problème	0	0	0	<b>Comportement :</b>		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
<b>Tendance aux chutes</b>	0	0	0	agressif		0	0
<b>Risque de fugue</b>	0	0	0	état dépressif		0	0
<b>Régime alimentaire (préciser) :</b>				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 :

.....  
.....