

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. : .....	<b><u>DESTINATAIRE</u></b> Responsable Soins et Accompagnement Monsieur Damien LUCCHESI 35, Rue de la Poterie 1202 Genève 022/708.19.19 EMS Les Arénières et/ou EMS La Poterie
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1. Identité du client**

<b>NOM :</b> .....	<b>PRENOM :</b> .....
Nom de jeune fille : .....	Origine : .....
Confession : .....	Etat civil : .....
Adresse : .....	Date naissance : .....
.....	Langue(s) parlée(s) : .....
Chez : .....	.....
N° tél. : .....	
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	oui o non o
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) établissement(s)?	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"/>
<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)

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
.....							
<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 :

.....  
.....