



**Fondation  
la Vespérale**  
Établissements pour personnes âgées

## Demande d'admission dans un EMS Rapport médical confidentiel

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin  
hospitalier

A renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la  
surveillance médicale de l'EMS

### Demande d'admission pour un hébergement

En urgence ☐

Préventif ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Etat-civil : .....

N° de téléphone : .....

Date de naissance : .....

Localité : .....

Langue(s) parlée(s) : .....

Nom du Médecin traitant :

.....

Hospitalisé(e) au moment de la demande :

Oui ☐ Non ☐

Adresse du médecin traitant:

.....

Si oui, depuis le : .....

Nom de l'institution : .....

N° de téléphone : .....

Motif de la demande :

Antécédents personnels et hospitalisations :

Diagnostics actuels :

Éléments importants du statut somatique :

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Poids :               | Peau (escarres) : |
| Taille :              | Autre(s) :        |
| Traitement en cours : |                   |

### Données médicales sur l'état d'autonomie

|                                                                                                               |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psychique                                                                                                     | Problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ?<br><br>Etat thymique, trouble du caractère ?<br><br>Trouble du sommeil ? |
| Sensorielle                                                                                                   | Vue, audition ?                                                                                                                        |
| Locomotrice                                                                                                   | Toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ?                                                                            |
| Problèmes de continence<br>Urine <input type="checkbox"/><br>Selles <input type="checkbox"/><br><br>Allergies | Comment sont-ils résolus actuellement ?<br><br>Quel est le degré d'incontinence ?                                                      |
| Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?                                                            |                                                                                                                                        |

**Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)**

| Activités                          | seul                     | avec aide                | Dépendant                | Activités                 | 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire le lit              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Soins spécifiques**

|                   | Oui                      | Non                      |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Soins d'escarres  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pansements        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonde à demeure   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urostomie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colostomie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lavage de vessie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trachéostomie     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) |                          |                          |

**Rythme de sommeil**

|                 | Oui                      | Non                      |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Normal          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perturbé        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec médicament | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cpap            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Etat Psychique**

|                              | Oui                      | Non                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sans problème                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans le temps    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans l'espace    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnaissance des personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tendance aux chutes          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Risque de fugue              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Régime alimentaire (à préciser) :

**Moyens Auxiliaire**

|                               | Oui                      | Non                      |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prothèses dentaire supérieure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse dentaire inférieure  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunettes                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil accoustique droite   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil accoustique gauche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PEG                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matelas anti-escarre          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oxygène                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser)             |                          |                          |

**Respiration**

|                | Oui                      | Non                      |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Sans problème  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffle court  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Expectorations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Comportement**

|                       | Oui                      | Non                      |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Calme                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agité                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anxieux               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressif              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etat dépressif        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déambulation          |                          |                          |
| Agressivité verbale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressivité gestuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles mnésiques    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?

Date :

Timbre et signature :

Fondation la Vespérale  
Rue de la Poterie 35 - 1202 Genève  
Téléphone 022 708 19 19 - [admissions@vesperale.ch](mailto:admissions@vesperale.ch)