

DEMANDE D'ADMISSION

dans un établissement pour personnes âgées, une unité d'accueil temporaire ou un foyer de jour

CONFIDENTIEL

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

1. IDENTITE DU CLIENT

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Nom de jeune fille : _____ Origine : _____
Etat civil : _____

Confession : _____ Date naissance: _____

Adresse : _____ Langue(s) parlée(s) : _____
chez : _____

N° tél. : _____

Hospitalisé/e au moment de la demande : oui non

Si oui, depuis le : _____ Nom de l'institution : _____

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS : _____ N° OCPA : _____
Autres rentes : _____

Caisse maladie (nom et adresse) : _____ N° d'assuré : _____

Répondant financier - tuteur - curateur
Nom : _____ Médecin traitant :
Nom : _____
Adresse : _____ Adresse : _____
N° tél : _____ N° tél : _____

Inscriptions auprès d'autre/s établissement/s ?
 oui non Si oui, nom/s : _____

3.

MOTIF/S DE LA DEMANDE

4

ENTOURAGE

Nom, prénom :	Lien :	Adresse :	tél. privé	tél. professionnel

Service social de quartier ou autre :

Clef déposée chez :

Nom :	Prénom :	Adresse :	tél. privé	tél. professionnel

5.

CONDITIONS DE VIE

entourage	COCHER
vit seul(e)	
avec conjoint	
avec enfant(s)	
autre :	
animal domestique	
préciser :	

logement	COCHER
appartement	
villa	
D1 ou D2	
établis. pour pers. âgées	
téléalarme	

conditions logement	COCHER
escalier	
ascenseur	
salle de bains	
eau chaude	
chauffage central	

situation/équipement logement	COCHER
étage	
nombre pièces	
équipement	
cuisinière à gaz	
cuisinière électrique	

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

Activités, loisirs :

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

6

activité	seul	avec aide	dépendant
boire			
manger			
faire sa toilette			
s'habiller			
prendre un bain			
prendre une douche			
s'asseoir/se lever			
marcher			
déplacement à l'aide de :			
monter les escaliers			
se coucher/se lever			

COCHER

soins spécifiques	oui	non
soins d'escarres		
pansements		
sonde à demeure		
urostomie		
colostomie		
lavage de vessie		
autre		

rythme veille/sommeil		
normal		
perturbé		
avec médicaments		

tendance aux chutes		
risque de fugues		

état psychique		
sans problème		
orienté dans le temps		
orienté dans l'espace		
reconnait les personnes		

régime alimentaire (préciser) :

--

activité	seul	avec aide	dépendant
voir			
entendre			
parler			
uriner			
aller à selle			
se déplacer à l'extérieur			
faire les courses			
préparer les repas			
faire la lessive			
faire le ménage			
faire le lit			

COCHER

moyens auxiliaires	oui	non
prothèse dentaire supérieure		
prothèse dentaire inférieure		
lunettes		
appareil/s acoustique/s		
autre		

incontinence		
urine		
selles		

respiration		
sans problèmes		
souffle court		
expectorations		

comportement		
calme		
agité		
anxieux		
agressif		
état dépressif		
déambulation		
agressivité verbale		
agressivité gestuelle		
troubles mnésiques		

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

MRSA

oui	non
-----	-----

COCHER

7. RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS ET OBSERVATIONS A DOMICILE

Evaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels) :

Objectifs atteints : _____

Objectifs non atteints : _____

8. MESURES D'ENCADREMENT A DOMICILE

Etabli le : _____ par : (en majuscule svp) _____ Signature : _____

DECISION DU DESTINATAIRE DE LA DEMANDE D'ADMISSION
(établissement pour personnes âgées, foyer de jour ou unité d'accueil temporaire)

oui/ non
Acceptation de la demande : _____ date : _____

Refus de la demande : _____ date : _____
motif : _____

En attente : _____ date : _____
motif : _____
