



Résidence Amitié

1, rue Baudit –
1201 Genève
Tél : +41(0)22 919 95 95
Fax : +41(0)22 740 30 11
CCP : 12-3485-9

Demande d'admission

FO-004

À remplir par les services sociaux, la personne elle-même ou son entourage

Confidentiel

Emetteur (timbre) :	Personne ou service à contacter	Destinataire :
Date :	Nom :	EMS Résidence Amitié
	Véronique CYVOCT
	N° tél. :	Infirmière coordinatrice
	Nom médecin responsable :	Rue Baudit 1 1201 Genève
	N° tél. :	Tél. : 022 919 95 95 veronique.cyvoct@armeedusalut.ch Fax : 022 740 30 11

1. Identité du client

NOM :	PRENOM :
Nom de jeune fille :	Origine :
Confession :	Etat civil
Adresse :	Date de naissance :
.....	Langue parlée :
Chez :	
N° de Tél :	N° de téléphone mobile :
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, depuis le :	Nom de l'Institution :

2. Renseignements administratifs

Caisse maladie (Nom et adresse)	
.....	N° AVS :
.....	
.....	N° SPC :
N° d'assuré(e) :	

Répondant financier, tuteur, curateur (nom et adresse)	Médecin traitant (nom et adresse)
.....
.....
.....
N° de tél :	N° de tél :

Inscription auprès d'autres établissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....		
.....		

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. Condition de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Condition de logement :	
Vit seul (e) :	<input type="checkbox"/>	Étage :	Nombre :
Avec conjoint :	<input type="checkbox"/>	Pièce :	Nombre :
Avec enfant(s) :	<input type="checkbox"/>	Escalier :	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser)		Ascenseur :	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
Logement :		Autre (s) remarque(s)	
Appartement :	<input type="checkbox"/>	
Villa :	<input type="checkbox"/>	
Immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	

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	<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) :				Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							

Soins spécifiques :	Oui	Non	Moyens auxiliaires :	Oui	Non
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre (préciser) :			Autre (préciser) :		
.....				
Rythme veille/sommeil :	Oui	Non	Incontinence :	Oui	Non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Etat psychique :	Oui	Non	Respiration :	Oui	Non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :	Oui	Non
			Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser) :			Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Projet de soins

Évaluation (diagnostique infirmier, appréciation des autres professionnels

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

Objectifs atteints

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

Objectifs non atteints

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

8. Mesure d'encadrement à domicile

Remarques :

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

Établi par (en majuscule SVP)

Nom : Prénom :

Date : Signature :

Signature du client :