



Demande d'admission

CONFIDENTIEL

À remplir par les services sociaux, la personne elle-même ou son entourage, **dans un délai de maximum 1 mois**

Emetteur (timbre) :	Personne ou service à contacter :	Destinataire :
Date :	Nom : N° tél. : Nom médecin responsable : N° tél. :	EMS Résidence Amitié A l'attention du service admission Rue Baudit 1 1201 GENEVE N° Tel . : +41.22.919.95.95 E-mail : amitie@arneedusalut.ch

1. Identité du client

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Origine :
Confession :	Etat civil :
Adresse :	Date de naissance :
.....	Langue parlée :
Chez :	
N° de téléphone :	N° de 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. :



5. Condition de vie (cocher ce qui convient)

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

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"/>

**EMS Résidence Amitié**

Fondation Armée du Salut Suisse

Rue Baudit 1, 1201 Genève

Tél. +41 (0)22 919 95 95

amitie@arneedusalut.ch

4.1 FO

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"/>		Comportement :	Oui	Non	
				Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fugue	<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

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

9. Divers

.....

.....

.....

.....

.....

Établi par (en majuscule SVP)

Nom : Prénom :

Date : Signature :

Signature du client :