

DEMANDE D'HEBERGEMENT DANS UN EMS

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

DOCUMENT REMPLI PAR (clinique, prestataire de soins à domicile, médecin traitant, proche, etc.)

Nom de l'institution, service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et fonction du professionnel de référence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom du médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

POUR

Nom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse complète, localité Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Assurance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **N° AVS** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne de référence dans l'entourage de la personne Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Inscription (selon priorité) EMS 1 EMS 2 EMS 3

En chambre 1 lit / 2 lits chambre double acceptée

Nécessité d'un service fermé oui/non Commentaire

Motifs du placement Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

La personne est-elle hospitalisée oui/non Commentaire.

Si la personne est hospitalisée, est-elle en lit d'attente oui/non
Depuis quand ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

La personne est-elle transférable (dans la semaine) oui/non

La personne a-t-elle une curatelle oui/non

Type de curatelle Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si oui, Nom et N° tél du curateur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Commentaire, PAFA éventuel

La personne a-t-elle été orientée chez un/une assistante sociale (prosen, SSH, autre) ?

Si oui, Nom et N° tél Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

DEGRE D'INDEPENDANCE

AVQ

Manger/boire *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Se laver *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Se vêtir/se dévêtir *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Eliminer *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Mobilité

Se déplacer *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Changer de position *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Risque de chutes *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Moyens auxiliaires *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Facultés mentales

Mémoire *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Orientation *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Intégrité physique

Pansement *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Stomie *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Appareillage *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Santé psychique

Humeur *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Déambulation *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Qualité des nuits *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Crie *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Risque de fugue *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Risque d'agressivité *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Autre information utile *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

La personne a donné son accord pour la transmission de ces données : *oui/non*

Ce formulaire est à retourner par mail au SECOSS à info@secoss.ch