


FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

1

É M E T T E U R	Formule remplie par : Nom :	Personne ou service à contacter : Nom :	 Espace de vie SA. Service des admissions Chemin de l'Écu 1 1219 Châtelaine
	Date :	Tél : Médecin responsable : Tél :	

2

I D E N T I T É D U C L I E N T	Nom :	Langue(s) :
	Nom de jeune fille :	Origine/canton d'origine :
	Prénom :	Nationalité :
	Date de naissance :	Confession :
	Lieu de naissance :	Hospitalisé(e) depuis :
	État civil :	Nom de l'institution :
	Adresse :	Souhaitez-vous emménager :
	<input type="checkbox"/> Rapidement <input type="checkbox"/> Plus tard

3

R E N S E I G N E M E N T S A D M I N I S T R A T I F S	Caisse maladie (nom & adresse) :	Montants des rentes :
	Caisse AVS :
	N° AVS : Fr.
	N° d'assuré(e) :	Autre rente : Fr.
	Répondant financier – Tuteur - Curateur	N° SPC (ex OCPA) : Fr.
	Nom :	Médecin traitant :
Adresse :	Nom :	
.....	Adresse :	

Tél : Tél :



④
Motif de demande :
.....
.....
.....

⑤
Entourage (1)
Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :

Entourage (2)
Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :

Entourage (3)
Nom : Prénom : Lien :
Adresse :
Tél privé : Tél professionnel :
Portable : E-mail :
Service social ou autre :

⑥

(cocher ce qui convient)

Vit seul(e)

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Autres :

Centres d'intérêts :

Faits marquants, ancienne profession, etc. :

Autres :

Clef de l'appartement en possession de :

Nom : Prénom : Lien :

Adresse :

Tél privé : Tél professionnel :

Établi par:

X

Signature

Date :



7

Actes de la vie quotidienne (à remplir par le médecin traitant)

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 ses 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"/>	Autres (préciser)		
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres (préciser)		

Rythme veille/sommeil	oui	non	Incontinence	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration	oui	non
État physique	oui	non	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement	oui	non
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances aux fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser):			État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autre (préciser) :		
				
				



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

MRSA : Oui Non

Poids : _____

Taille : _____

Renseignements importants et observations à domicile

Évaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels).....

Objectifs atteints :.....

Objectifs non atteints :.....

Rente d'impotent (AI) : Accordée Oui Non demande en cours :

Si pas de rente, date du début de l'impotence :

Mesures d'encadrement à domicile

Remarques:.....