

## FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

1

<b>É M E T T E U R</b>	Formule remplie par : <b>Nom :</b> .....	Personne ou service à contacter : <b>Nom :</b> .....	 Espace de vie SA. Service des admissions Chemin de l'Ecu 1 1219 Châtelaïne
	<b>Date :</b> .....	<b>Tél :</b> .....	

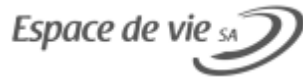
2

<b>I D E N T I T É D U C L I E N T</b>	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 : .....	Date du séjour souhaité : .....
	.....	Minimum 5 jours – maximum 45 jours

3

<b>R E N S E I G N E M E N T S</b>	Caisse maladie (nom & adresse) : .....	N° AVS : .....
	.....	N° SPC : .....
	N° d'assuré(e) : .....	
	<b>Répondant financier – Tuteur - Curateur</b>	
	Nom : .....	<b>Médecin traitant :</b>
Adresse : .....	Nom : .....	
.....	Adresse : .....	

Tél : ..... Tél : .....



4

Motif de la 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. : .....

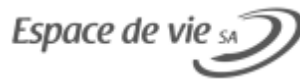
Autres : .....

Établi par: .....

Date : .....

X

Signature



7

Activités 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"/>

<b>Soins spécifiques</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Moyens auxiliaires:</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
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) .....			.....		

<b>Rythme veille/sommeil</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Incontinence</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
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"/>	<b>Respiration</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>État physique</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	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"/>	<b>Comportement</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tendances aux chutes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tendances aux fugues</b>	<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) : .....		
			.....		
			.....		