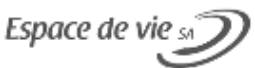


FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

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 Châtelaïne
	Date :	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 :	Date du séjour souhaité :
	Minimum 5 jours – maximum 45 jours

3

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

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) :		
				
				