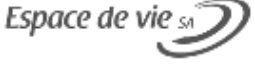


FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

1

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

3

<b>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</b>	Caisse maladie (nom & adresse) : .....	N° AVS : .....
	.....	N° SPC : .....
	N° d'assuré(e) : .....	
	<b>Répondant financier – Tuteur - Curateur</b>	<b>Médecin traitant :</b>
	Nom : .....	Nom : .....
	Adresse : .....	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

Directives anticipées déjà établies  **oui** (à joindre au formulaire)  **non**

**Si NON:**

Hospitalisation en cas d'urgence vitale  **oui**  **non**

Hospitalisation en cas de péjoration de l'état de santé (fracture, état infectieux sévère...)

**oui**  **non**

7

Suivi de soins à domicile  **oui**  **non**

Nom et téléphone : .....

Adresse mail : .....

Fréquence et prestations : .....

Conditions de vie

(cocher ce qui convient)

Vit seul(e)

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Autres : .....

Centres d'intérêts : .....

Faits marquants, ancienne profession, etc. : .....

Autres : .....



8

Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)	Activité :			Activité :		
	Seul	Avec stimulation	Dépendant	Seul	Avec stimulation	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<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"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hygiène des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilisation dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'aide de : préciser .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPLÉTER

**Soins spécifiques****oui non**

- Soins d'escarres
- Pansements
- Sonde à demeure
- Urostomie
- Colostomie
- Oxygène

Autres (préciser) .....

**Moyens auxiliaires:****oui non**

- Prothèse dentaire supérieure
- Prothèse dentaire inférieure
- Lunettes
- Appareil(s) acoustique(s)
- Autres (préciser) .....

**Rythme veille/sommeil****oui non**

- Normal
- Avec médicament(s)
- Matériel ( barrières, matelas à air ... )

**État cognitif****oui non**

- Orientation dans le temps
- Orientation dans l'espace
- Reconnaissance des personnes

**Tendances aux chutes** **Tendances aux fugues** **Régime alimentaire normal** Régime :  

(Préciser) .....

Texture : .....

Allergies : .....

Particularités .....

**Incontinence****oui non**

- Urines
- Selles
- Protections
- Modèle : .....

**Respiration****oui non**

- Sans problème
- Souffle court
- Expectorations

**Comportement****oui non**

- Calme
- Agité
- Anxieux
- État dépressif
- Agressif
- Agressivité verbale
- Agressivité gestuelle
- Déambulation
- Troubles mnésiques

**Vacciné COVID** 

Date de la dernière dose

7