

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT**

1

**É M E T T E U R**

Formule remplie par :

**Nom :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date :** .....

*Espace de vie SA* 

Espace de vie SA.  
Service des admissions  
Chemin de l'Ecu 1  
1219 Châtelaine

**UATR souhaité :**

- Saint-Loup**, Versoix  
 **La Châtelaine**, Châtelaine  
 **Pas de préférence**, 1<sup>ère</sup> disponibilité

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 : ..... Provenance : .....

État civil : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

3

**R E N S E I G N E M E N T S**

Caisse maladie : ..... N° AVS : .....

N° carte : ..... N° SPC : .....

N° d'assuré(e) : ..... Date de validité carte assurance : .....

**Répondant financier – Tuteur - Curateur**

**Médecin traitant :**

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 : .....

Médicaments préparés par : .....

Médicaments administrés par : .....

(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)

Activité :	Avec Dépen- Seul stimulation dant			Activité :	Avec Dépen- Seul stimulation dant		
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"/>	Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilisation dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Déplacement à l'aide de :							
préciser							

<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		
Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(préciser)		
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"/>
Avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel ( barrières, matelas à air ... )			Protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Modèle : .....		

<b>État cognitif</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Respiration</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Tendances aux chutes</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Comportement</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Tendances aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances aux fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Préciser)			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"/>

<b>Vacciné COVID</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Vacciné COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la dernière dose		
.....		
Texture :		
.....		
Allergies :		
.....		
Particularités		
.....		