

à remplir par les services sociaux ou à défaut par la personne elle-même ou son entourage

<p>EMETTEUR (timbre) Formule remplie par :</p>	<p>Personne ou service à contacter</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>N° tél. : <input type="text"/></p> <p>Nom médecin responsable :</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>N° tél. : <input type="text"/></p>	<p>DESTINATAIRE</p> <p>à : VAL FLEURI Lieu de vie (EMS) SA Route de Vessy, 7 1206 GENEVE</p>
<p>Date : <input type="text"/></p>		

1. Identité du client

NOM : <input type="text"/>	PRENOM : <input type="text"/>
Nom de jeune fille : <input type="text"/>	Origine : <input type="text"/>
Confession : <input type="text"/>	Etat civil : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Date naissance : <input type="text"/>
<input type="text"/>	Langue(s) parlée(s) : <input type="text"/>
Chez : <input type="text"/>	<input type="text"/>
N° tél. : <input type="text"/>	
Hospitalisé(e) au moment de la demande : <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, depuis le : <input type="text"/>	Nom de l'institution : <input type="text"/>

2. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) : <input type="text"/>	N° AVS : <input type="text"/>
<input type="text"/>	N° SPC : <input type="text"/>
<input type="text"/>	N° Carte 807 560 <input type="text"/>
N° d'assuré : <input type="text"/>	(20 chiffres)
Adresse de facturation (Répondant financier)	Médecin traitant :
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° tél. : <input type="text"/>	N° tél. : <input type="text"/>
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s)? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, nom(s) : <input type="text"/>	

3. Motif(s) de la demande

4. Entourage

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. privé :		Tél. prof. :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. privé :		Tél. prof. :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. privé :		Tél. prof. :	
Service social :			
ou autre :			
Clef déposée chez :			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. privé :		Tél. prof. :	

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Logement :	
vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	appartement	<input type="checkbox"/>
avec conjoint	<input type="checkbox"/>	villa	<input type="checkbox"/>
avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>
autre (préciser) :		établissement long séjour	<input type="checkbox"/>

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc) :

Activités, loisirs :

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

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 les 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"/>	autre (préciser) :			
lavage de vessie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
autre (préciser) :			
.....						
Rythme veille/sommeil :		oui	non	Incontinence :		oui	non
normal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urine		<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"/>			
.....						
Etat psychique :		oui	non	Respiration :		oui	non
sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans le temps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans l'espace		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres :			
.....						
Tendance aux chutes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :		oui	non
Risque de fugue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser) :				agité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				agressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	état dépressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				déambulation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				agressivité verbale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				agressivité gestuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				troubles mnésiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETABLI PAR	DATE :	SIGNATURE DU CLIENT :
		