

DEMANDE D'ADMISSION EN UATR

Renseignements strictement confidentiels

Dates souhaitées :

Dates flexibles : oui non

Raisons du séjour :

- Répit des proches aidants
- Rétablissement post-hospitalier
- Eviter une hospitalisation
- Découvrir la vie en Institution

1. Données personnelles

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Prénom du conjoint :

Adresse :

N° postal : Localité :

Téléphone(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Etat civil : Confession :

Nationalité : Autorisation de séjour : B C

Commune d'origine : Canton d'origine :

Pays d'origine (pour les étrangers) :

Langue(s) parlée(s) :

Existe-t-il un encadrement médico-social à domicile (soins à domicile, accompagnement par des proches etc.) : Oui Non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :

.....

Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui Non

Si oui, depuis le : Nom de l'institution :

Inscrit à un DEP (Dossier électronique du patient) : Oui Non (exemple : CARA est un système sécurisé de partage de documents médicaux informatisés. Grâce à cet outil, un patient a accès à ses données médicales. Il choisit aussi qui peut les consulter.)

2. Personne de référence à contacter

Nom : Prénom :

Adresse :

N° postal : Localité :

Lien de parenté : Tél. privé :

Tél. portable : Tél. professionnel :

Email :

Professionnel du réseau socio-sanitaire :
(Exemple : assistante sociale)

3. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) :

N° d'assuré : N° de police :

Médecin traitant (nom et adresse) :

Téléphone :

N° AVS : N° bénéficiaire SPC :

4. Demande d'admission remplie par

Futur Résidant

* Curateur

* Représentant

Autres :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

* Merci de joindre la copie de la décision du Tribunal, ou de la procuration

5. Filiation - Entourage

Nombre d'enfants _____

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Signature :

Adresse :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Signature :

Adresse :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Signature :

Adresse :

Donnons toute procuration utile à

* Merci de joindre la copie du livret de famille

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Lieu, date : Signature :

6. Situation financière actuelle

6.1. Appui du SPC¹

- Avez-vous fait une demande de prestations au SPC ? Oui Non
Si oui, joindre copie de la dernière décision.
- Si une demande auprès du SPC est en cours, date de la demande :
Joindre copie de la demande

¹ SPC = Service des prestations complémentaires

6.2. Revenus

- Bénéficiez-vous d'une rente AVS ? Oui Non
Si oui, merci d'indiquer le montant : francs
- Bénéficiez-vous d'une rente 2^{ème} pilier (LPP) ? Oui Non
Si oui, merci d'indiquer le montant : francs

Merci de bien vouloir annexer une copie des documents suivants à votre demande :

- Carte d'identité ou passeport valable
- Permis de séjour
- Livret de famille
- Certificat de l'assurance maladie pour l'année en cours
- Décision SPC pour les bénéficiaires
- Relevé(s) bancaires(s)

7. Actes de la vie quotidienne

Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Logement	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 la 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"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins spécifiques	oui	non	Moyens aux. et matériel	oui	non
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :			Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil/rythme	oui	non	Respiration	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	oui	non	Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etat psychique	oui	non
Comportement	oui	non	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régime alimentaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser :		
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumeur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser :		
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que la présente « demande d'admission » ainsi que toutes les annexes éventuelles sont conformes à la réalité et complets.

Signature du requérant
ou de son représentant

Lieu et date :

Annexes : « Procédure d'admission »