

DEMANDE D'ADMISSION

Urgente

Préventive

Renseignements strictement confidentiels

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) :
.....

Inscription autre EMS : Oui Non

Si oui, dans quel établissement ? :

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 :

Dans la mesure où des prestations complémentaires sont demandées, le bail du précédent domicile, s'il existe,

- a été résilié en date du :
- sera résilié pour la date du :

Une copie de la résiliation du bail sera demandée lors de votre admission dans l'établissement.

4. Situation financière

Se référer au document « informations complémentaires à la demande d'inscription » joint à la présente.

5. 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

6. Filiation - Entourage

Nombre d'enfants _____

Identités :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Signature :

Adresse :

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 :

7. Actes de la vie quotidienne

Entourage				Logement			
	Seul	Avec aide	Dépendant		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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			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"/>			

- Par la présente coche, la personne accepte d'être enregistrée sur l'application informatique *GestPlace. Ceci peut impliquer la mise à disposition de ses données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés (HUG, EMS également choisis).

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

Signature du requérant
ou de son représentant

Lieu et date :

* Application informatisée « métier » pour le réseau de soins genevois déployée par l'Etat de Genève.

Annexes : « Procédure d'admission »

« Informations complémentaires à la demande d'inscription »