



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

EMETTEUR (timbre) Formule remplie par :	Personne ou service à contacter : Nom : _____ _____ N° tél. : _____ Nom médecin responsable : _____ _____ N° tél. : _____	DESTINATAIRE à : VAL FLEURI Lieu de vie, EMS Route de Vessy, 7 1206 GENEVE
--	--	--

1. Identité du client

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

2. Renseignements administratifs

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

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 :				Moyens auxiliaires :			
		oui	non			oui	non
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre (préciser) : _____			
lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
autre (préciser) : _____							
Rythme veille/sommeil :				Incontinence :			
		oui	non			oui	non
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Etat psychique :				Respiration :			
		oui	non			oui	non
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tendance aux chutes				Comportement :			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			oui	non
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser) : _____				agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETABLI PAR	DATE :	SIGNATURE DU CLIENT :
		