

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

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

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"/> <input type="text"/>	Date naissance : <input type="text"/>
Chez : <input type="text"/>	Langue(s) parlée(s) : <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"/> <input type="text"/>	N° AVS : <input type="text"/>
N° d'assuré : <input type="text"/>	N° SPC : <input type="text"/>
Répondant financier - tuteur - curateur :	N° Carte (20 chiffres) : 807 560 <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Médecin traitant :
Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
N° tél. : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/>
Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ? <input type="checkbox"/>	N° tél. : <input type="text"/>
Si oui, nom(s) : <input type="text"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

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) : _____				Incontinence :		oui	non
.....				urine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme veille/sommeil :		oui	non	selles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
normal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration :		oui	non
perturbé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec médicament(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat psychique :		oui	non	expectorations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sans problème		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :		oui	non
orientation dans le temps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientation dans l'espace		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnaissance des personnes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance aux chutes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	état dépressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire (préciser) :				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"/>

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

7. Suivi médical

VAL FLEURI RESPECTE LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

Le résidant est libre de garder son médecin traitant pour autant que ce dernier assure ses visites dans notre établissement. Afin de pouvoir garantir le libre choix du médecin traitant et d'assurer votre suivi médical dans le respect de votre volonté, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous un médecin traitant ?

Oui Non

Si OUI, Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez vous qu'il continue à vous suivre à Val Fleuri ?

Oui Non

Si oui, votre médecin se déplace-t-il à Val Fleuri

Oui Non

Si non, pour quels motifs

Dans le cas où votre médecin traitant ne se déplacerait pas à Val Fleuri, ou que vous souhaitiez en changer, veuillez nous indiquer le nom du médecin traitant de votre choix.

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature du client
ou de son représentant thérapeutique :

8. Mesures d'encadrement à domicile

Remarques :

Date

Etabli par (en majuscule svp) :