


FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT

1

É M E T T E U R	Formule remplie par : Nom :	Personne ou service à contacter : Nom :	 Espace de vie SA. Service des admissions Chemin de l'Ecu 1 1219 Châtelaïne
	Date :	Tél :	

2

I D E N T I T É D U C L I E N T	Nom:	Langue(s)
	Nom de jeune fille:	Origine/canton d'origine :
	Prénom:	Nationalité:
	Date de naissance:	Confession:
	Lieu de naissance:	Hospitalisé(e) depuis:
	État civil:	Nom de l'institution:
	Adresse:	Souhaitez-vous emménager:
Tél:	<input type="checkbox"/> Rapidement <input type="checkbox"/> Plus tard	

3

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	Caisse maladie (nom & adresse):	Montants des rentes:
	Caisse AVS:
	N° AVS: Fr.
	N° d'assuré(e):	Autre rente: Fr.
	Répondant financier – Tuteur - Curateur	N° SPC (ex OCPA): Fr.
	Nom:	Médecin traitant:
Adresse:	Nom:	
.....	Adresse:	
Tél:	Tél:	

4

Moif de demande

.....
.....
.....

5

Entourage (1)

Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Tél privé : Tél professionnel :
 Portable : E-mail :

Entourage (2)

Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Tél privé : Tél professionnel :
 Portable : E-mail :

Entourage (3)

Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Tél privé : Tél professionnel :
 Portable : E-mail :
 Service social ou autre :

6

Conditions de vie

(cocher ce qui convient)
 Vit seul(e) Avec conjoint Avec enfant(s)
 Autres :
Centres d'intérêts :
Faits marquants, ancienne profession, etc. :
 Autres :
Clef de l'appartement en possession de :
 Nom : Prénom : Lien :
 Adresse :
 Tél privé : Tél professionnel :

Établi par:

Date :

X

Signature

7

Actes de la vie quotidienne (à remplir par le médecin traitant (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 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"/>
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"/>		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"/>		Autres (préciser).....			
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autres (préciser).....							
Rythme veille/sommeil				Incontinence			
	oui	non			oui	non	
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Urines	<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"/>		Respiration			
État physique					oui	non	
	oui	non		Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Comportement			
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			oui	non	
Tendances aux chutes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendances aux chutes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime alimentaire (préciser):.....				Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Autre (préciser) :.....			

3 | Formulaire de renseignement

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

MRSA : Oui Non

Poids : _____

Taille : _____

Renseignements importants et observations à domicile

Évaluation (diagnostic infirmier, appréciation des autres professionnels)

Objectifs atteints :

Objectifs non atteints :

Rente d'impotent (AI) : Accordée Oui Non demande en cours :

Si pas de rente, date du début de l'impotence :

Mesures d'encadrement à domicile

Remarques: