

## DEMANDE D'HEBERGEMENT DANS UN EMS

Date : .....

**DOCUMENT REMPLI PAR** (*clinique, prestataire de soins à domicile, médecin traitant, proche aidant, etc.*)

Nom de l'institution, service : .....

Nom et fonction du professionnel de référence : .....

.....

Téléphone et email : .....

Nom du médecin traitant : .....

### POUR

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète, localité : .....

.....

.....

Personne de référence dans l'entourage de la personne : .....

.....

Lien : ..... Téléphone : .....

Inscription dans le ou les EMS suivants (selon priorité)

1. ....

2. ....

3. ....

En chambre      à 1 lit     à 2 lits     chambre double acceptée

Nécessité d'un étage ou service fermé    OUI     NON

**Commentaire :**

.....  
.....

**Motifs du placement :**

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

**Autre information utile :**

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

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Si la personne est hospitalisée, est-elle en lit d'attente ?    OUI     NON

    Depuis quand ? .....

La personne est-elle transférable (dans la semaine) ? OUI     NON

La personne a-t-elle une curatelle :    OUI     NON

    Si oui, type(s) de curatelle (indiquer si PAFA) : .....

.....

    Nom et N° Tél du Curateur.....

.....

La personne a-t-elle été orientée chez un/une assistant(e) sociale (Prosenectute, SSH, autre) ?    OUI     NON

    Si oui, Nom et N° Tél. : .....

.....

.....

Les principaux diagnostics médicaux ainsi qu'un document de transmission infirmier contenant la description des items listés ci-après sont à joindre à cette demande.  
 Vous pouvez également les renseigner directement sur ce document.

### DEGRE D'INDEPENDANCE

<b>AVQ</b>	
Manger/boire	
Se laver	
Se vêtir/se dévêtir	
Eliminer	
<b>Mobilité</b>	
Se déplacer	
Changer de position	
Moyens auxiliaires	
Risque de chutes	
<b>Facultés mentales</b>	
Mémoire	
Orientation temps/espace	

<b>Intégrité physique</b>	
Pansement	
Stomie	
Appareillage	
<b>Santé psychique</b>	
Humeur (tristesse, anxiété)	
Déambulation	
Qualité des nuits	
Crie, entre dans les autres chambres	
Risque de fugue, (volontaire ou non)	
Manifestations de colère (dans quelle situation)	
Autre	

**Autres informations utiles :** .....

.....

**La personne a donné son accord pour la transmission de ces données**

OUI  NON  Je ne sais pas

**Ce formulaire (modèle papier) est à envoyer par courrier à l'adresse suivante : SECOSS, Avenue de Tourbillon 19, 1950 Sion**

**ou par mail à [info@secoss.ch](mailto:info@secoss.ch)**