

DEMANDE D'HEBERGEMENT DANS UN EMS

Date :

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

Nom de l'institution, service :

Nom et fonction du professionnel de référence :

Nom du médecin traitant :

POUR

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse complète, localité

Assurance

N° AVS

Personne de référence dans l'entourage de la personne

Lien

Téléphone

Inscription (selon priorité)

En chambre 1 lit / 2 lits chambre double acceptée

Nécessité d'un service fermé oui non

Motifs du placement

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

La personne est-elle hospitalisée oui non

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

Type de curatelle

Si oui, Nom et N° tél du curateur

La personne a-t-elle été orientée chez un/une assistante sociale (prosen, SSH, autre) ?

Si oui, Nom et N° tél

DEGRE D'INDEPENDANCE

AVQ

Manger/boire

Se laver

Se vêtir/se dévêtir

Eliminer

Mobilité

Se déplacer

Changer de position

Risque de chutes

Moyens auxiliaires

Facultés mentales

Mémoire

Orientation

Intégrité physique

Pansement

Stomie

Appareillage

Santé psychique

Humeur

Déambulation

Qualité des nuits

Crie

Risque de fugue

Risque d'agressivité

Autre information utile

La personne a donné son accord pour la transmission de ces données : oui non

Ce formulaire est à retourner par mail au SECOSS à info@secoss.ch