

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

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

Intégrité physique	
Pansement	
Stomie	
Appareillage	
Santé psychique	
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, Institut Central (ICH), Av. Grand-Champsec 86, CP 800, 1951 Sion**