

# Demande d'admission à l'EMS Hébron



## SÉJOUR

La demande porte sur un séjour :

- de courte durée (convalescence) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 en attente d'admission dans une autre institution, laquelle : \_\_\_\_\_  
 de longue durée

## DURÉE

Date d'admission souhaitée :

- \_\_\_\_\_  
 de suite si disponibilité  
 à l'ouverture de la nouvelle infrastructure à Courtelary (2021)  
 a plus vite → inscription en liste d'attente

## EN PROVENANCE DE

Domicile :

Hôpital :

Autre EMS :

Autre :

Depuis \_\_\_\_\_

Depuis \_\_\_\_\_

## RAISONS DE L'ADMISSION

Gériatrie

Psychiatrie

Psychiatrie de l'âge av.

Autre : \_\_\_\_\_

## DONNÉES PERSONNELLES

Nom :

Prénom(s) :

Etat civil :

Depuis :

Nom du conjoint :

Adresse du conjoint :

Papiers déposés à :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Lieu d'origine :

En Suisse depuis :

Langue maternelle :

Langue(s) parlée(s) :

Confession :

Profession :

## MÉDECIN DE FAMILLE

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

## DONNÉES MÉDICO-ADMINISTRATIVES

Caisse maladie (LaMal) :		No police :	
Modèle d'ass.		Restrictions induites :	
No de carte :	80756	No d'assuré :	
Assurance compl.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	No AVS	756. . .
Existe-t-il des directives anticipées ?		Existe-t-il une adhésion à une association d'aide au départ (suicide) ?	
	Rédigée le :		Laquelle ?

## RÉFÉRENTS

Représentant administratif / légal	Représentant thérapeutique (si différent)
Curatelle ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, portée : _____	<i>Personne consultée en cas de nécessité pour toutes questions relatives au traitement médical et/ou aux soins. Les volontés présumées du client, si incapable de discernement, sont également renseignées (formulaire directives anticipées) par le représentant thérapeutique.</i>
Nom et prénom	Nom et prénom
Adresse	Adresse
NPA / lieu	NPA / lieu
Tél. / mobile	Tél. / mobile
Email	Email
Lien de parenté	Lien de parenté

### Autres proches ou intervenants dans la situation actuelle

Nom et prénom	Nom et prénom
Adresse	Adresse
NPA / lieu	NPA / lieu
Tél. / mobile	Tél. / mobile
Email	Email
Lien de parenté	Lien de parenté
Nom et prénom	Nom et prénom
Adresse	Adresse
NPA / lieu	NPA / lieu
Tél. / mobile	Tél. / mobile
Email	Email
Lien de parenté	Lien de parenté

Informations complémentaires utiles avant admission :

---

---

---

---

---

**UNE CAUTION DE CHF 5'000.- EST DEMANDÉE A L'ADMISSION À TITRE DE GARANTIE FINANCIÈRE**

*Par sa signature (ou celle de son représentant légal), le client accepte d'être enregistré dans la base informatique de notre EMS. Ceci peut impliquer la mise à disposition des présentes données aux partenaires de notre EMS (pharmacie, médecin-référent, hôpitaux, etc.)*

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom lisible du signataire : \_\_\_\_\_

**COPIES A JOINDRE A LA PRÉSENTE DEMANDE**

- carte d'identité / permis de séjour
- carte d'assurance maladie
- directives anticipées existantes
- acte de nomination (curateur)
- situation médicale (annexe 1), sous pli fermé
- autres : \_\_\_\_\_

**SITUATION MÉDICALE**

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

No AVS

**DIAGNOSTIC****TRAITEMENTS (médicaments, thérapies, etc.)****DERNIÈRE HOSPITALISATION**

Hôpital :

Date du séjour :

Durée :

 joindre la documentation importante svp**LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE & SUITE ENVISAGÉE**

Lieu de séjour actuel :

Depuis le :

Pour quelle durée ?

**AUTONOMIE ACTUELLE ET FUTURE**Peut quitter sa résidence  seul  accompagné  impossibleRetour à domicile  impossible  envisageablePrise en charge à domicile par :  famille  partenaire  soins à dom.  aide familiale

Remarque :

**PERSONNE DE RÉFÉRENCE**Nom et prénom :  accompagné  impossible

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

Agissant en tant que :  famille, lien de parenté : curateur représentant thérapeutique

## DEGRÉ DE DÉPENDANCE

Marcher :	<input type="checkbox"/> sans moyen aux.	<input type="checkbox"/> avec moyen aux.	
	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
En chaise roulante :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Transfert :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Manger :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Sonde d'alimentation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Régime (s) :			
Se vêtir, se dévêtir :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Soins corporels :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Décubitus :	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant	
Utilisation des WC :	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendant
Incontinence urinaire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sonde à demeure :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Incontinence selles :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Acuité visuelle :	<input type="checkbox"/> normale ou légèrement diminuée	<input type="checkbox"/> fortement diminuée	
Acuité auditive :	<input type="checkbox"/> normale ou légèrement diminuée	<input type="checkbox"/> fortement diminuée	
Comm. verbale :	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> impossible
Désorientation :	<input type="checkbox"/> temporelle	<input type="checkbox"/> spatiale	<input type="checkbox"/> contextuelle
	<input type="checkbox"/> allopsychique (trouble de l'identification des autres)		
	<input type="checkbox"/> autopsychique (trouble de l'identification de soi-même)		

Remarques particulières et compléments :

## MÉDECIN DE FAMILLE

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

## VALIDATION

Timbre et signature du médecin qui adresse le patient :

Lieu et date :