

Informations requises

Demande d'admission

Entrée fixe Chambre de vacances (court séjour)

1. Informations personnelles

Prénom	Nom
Rue/n°	NPA/Lieu
Date de naissance	Langue <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> autre _____
Tél.	Confession
Numéro AVS	Etat civil
Caisse d'assurance maladie	N° VEKA

Veillez joindre une copie recto-verso de la carte d'assurance maladie à votre demande!

Prestations complémentaires (de l'AVS) Non Oui
actuelles?

2. Proches / Curatelle

Personne de contact principale

Prénom	Nom
Rue/n°	NPA/Lieu
Relation (enfant, voisin, ami, curatelle)	E-Mail
Tél.	Tél. Mobile

Personne de contact 2

Prénom	Nom
Rue/n°	NPA/Lieu
Relation (enfant, voisin, ami, curatelle)	E-Mail
Tél.	Tél. Mobile

Personne de contact 3

Prénom	Nom
Rue/n°	NPA/Lieu
Relation (enfant, voisin, ami, curatelle)	E-Mail
Tél.	Tél. Mobile

Personne de contact 4

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/Lieu

Relation (enfant, voisin, ami, curatelle)

E-Mail

Tél.

Tél. Mobile

Destinataire de la facture

(si pas résident)

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/Lieu

Relation (enfant, voisin, ami, curatelle)

E-Mail

Tél.

Tél. Mobile

Courrier adressé aux pensionnaires

- Tout le courrier est remis au/à la résident(e)
- Tout le courrier va au destinataire de la facture
- La facture de La Lisière est adressée au destinataire de la facture, le reste du courrier est remis au/à la résident(e).

Information :

Si le courrier ne peut plus être assuré de manière autonome -> veuillez faire rediriger le courrier (surtout les factures) vers le destinataire de la facture.

3. Certificat médical actuel

Contenu : Diagnostics, médicaments, traitements

Le certificat peut être transmis directement par le médecin à l'institution par email (adresse HIN protégée): info@la-lisiere.ch

Médecin de famille

E-Mail

Existe-t-il des maladies contagieuses ?

Non oui, lesquelles : _____

Covid-19 Statut vaccinal

Vaccination effectuée le _____

Vaccination souhaitée

inconnu

Médicaments

4. Situation sociale

Le patient peut quitter son domicile:

seul accompagnée ne quitte pas son domicile

Où se trouve actuellement le patient?

Rue/no.

NPA/Localité

depuis

Le retour à la maison est :

possible probable impossible

Prise en charge du patient à domicile par:

Proches Partenaire Connaissance Aide à domicile
 Soins à domicile Soins à domicile assistance sociale Organisme de bienfaisance

autres: _____

5. Restrictions

Mobilité

Marcher autonome avec déambulateur accompagné changeant

Se déplacer en fauteuil roulant autonome avec de l'aide changeant

Transfer (par ex lit – chaise) autonome avec de l'aide changeant

Escarres oui non

Repas autonome Avec peu d'aide dépendant

Régime alimentaire spécial:

Alimentation par sonde non oui

Consommation d'alcool 1-2 verres pendant le repas
 non Consommation plus élevée tout au long de la journée

S'habiller et se déshabiller autonome avec de l'aide dépendant

Hygiène corporelle autonome avec de l'aide dépendant

Utilisation des toilettes autonome avec de l'aide dépendant

Incontinence urinaire Non Oui

Cathéter permanent Non Oui

Incontinence fécale Non Oui

Visus normal légèrement limité fortement limité

Ouïe normal légèrement limité fortement limité

Orientation Existant manquant dans: Temps Lieu Situation Personne

6. Communication et interaction

communication et interaction sont affecté non affecté

Communiquer Pleine capacité affecté pas possible

Activités initiées par la personne elle-même Initie largement des activités propres
 davantage initiées par elle-même
 peu d'activité initiée par elle-même
 pas d'activité initiée par elle-même

Caractéristique d'un comportement difficile Non

7. Thérapies

Physiothérapie Logopédie Ergothérapie autres: _____

8. Autres informations importantes

Directives anticipées existantes oui (veuillez amener une copie) non (veuillez en établir une)

<https://www.fmh.ch/files/pdf27/fmh-directives-anticipees-courte-fr.pdf>

9. Remarques et compléments

Contact pour des questions

Prénom et Nom

Tél.

Relation (fils, fille, voisin, ami, curateur...)

Signature du patient ou de la personne de référence

Lieu, Date

Signature

Signature médecin (si demandeur)

Lieu, Date

Signature