



DEMANDE D'ADMISSION

Identité

Nom et prénom :	
Origine :	Date de naissance :
Etat civil :	N° AVS :
Nom et prénom du père :	
Nom de jeune fille et prénom de la mère :	
Nom et prénom du conjoint :	
Adresse :	
Confession :	Paroisse :
N° de téléphone :	

Renseignements administratifs

Papiers déposés dans la commune de :	
Caisse maladie et accident (assurance de base) :	
N° d'assuré :	
<u>Veillez joindre une copie de la carte suisse d'assurance-maladie LAMAL</u>	
Caisse maladie (assurances complémentaires)	oui / non
Si oui :	N° d'assuré :
Assurance responsabilité civile (R.C.) :	oui / non
Si oui :	
Médecin traitant :	
Médecin spécialiste :	
Médecin-dentiste :	
Pharmacie :	
Représentant (curateur ou mandataire)	oui / non
En cas de réponse positive, veuillez joindre une copie de la lettre de nomination ou le mandat.	
Répondant financier (adresse de facturation)	oui / non
Si oui, Nom et prénom :	
Adresse :	
N° de téléphone :	



Entourage

Coordonnées de vos proches :

Nom/prénom	Lien	Adresse
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Veillez joindre une copie de l'acte de famille.

Personnes de référence pour :

Les questions thérapeutiques

Nom, prénom :

N° de téléphone :

La gestion du quotidien (produits d'hygiène, linge, journaux...)

Nom, prénom :

N° de téléphone :

Les urgences (journée)

Nom, prénom :

N° de téléphone :

Les urgences (nuit)

Nom, prénom :

N° de téléphone :

Situation actuelle

Vit seul (e)	◇ oui	◇ non
Si non, vit avec :	(conjoint, enfant, autre)	
Est suivi (e) par le Centre médico-social	◇ oui	◇ non
Est hospitalisé	◇ oui	◇ non
Demande d'allocation pour impotent établie	◇ oui	◇ non
Allocation pour impotence octroyée	◇ oui	◇ non
Si oui de quel degré (faible, moyenne, grave) :	



Autonomie

Votre état de santé nécessite-t-il un accompagnement et/ou des soins quotidiens ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui est-ce plusieurs heures par jour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<u>Etes-vous autonome pour :</u>		
Marcher ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> partiellement (avec aide) <input type="checkbox"/> j'utilise un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> j'utilise une canne <input type="checkbox"/> j'utilise une marchette
Monter et descendre les escaliers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement (avec aide)
Faire votre toilette ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement (avec aide)
Vous habiller et vous déshabiller ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement (avec aide)
Aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> j'utilise des protections (incontinence)	<input type="checkbox"/> partiellement (avec aide)
Vous lever, vous asseoir, vous coucher	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement (avec aide)
Manger seul(e) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui si les aliments sont coupés ou hachés <input type="checkbox"/> non	
Veiller à votre sécurité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> j'ai besoin d'un accompagnement particulier	

Renseignements financiers

Dernière décision de taxation fiscale.
--

Lieu et date :

Nom, prénom et signature :.....
(de la personne qui a rempli le questionnaire)

Si un délai important (plusieurs mois) doit s'écouler entre la demande d'admission et l'entrée effective, nous demanderons une mise à jour des renseignements relatifs à l'autonomie et à la situation financière.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute information supplémentaire.