



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-e (curateur-trice ou mandataire)	oui / non
En cas de réponse positive, veuillez joindre une copie de la lettre de nomination ou le mandat.	
Répondant-e financier-ère (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-e	◇ 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 ? oui non

Si oui est-ce plusieurs heures par jour oui non

Etes-vous autonome pour :

Marcher ? oui
 partiellement (avec aide) j'utilise une canne
 j'utilise une marchette
 j'utilise un fauteuil roulant

Monter et descendre les escaliers ? oui partiellement (avec aide)
 non

Faire votre toilette ? oui partiellement (avec aide)
 non

Vous habiller et vous déshabiller ? oui partiellement (avec aide)
 non

Aller aux toilettes ? oui partiellement (avec aide)
 non
 j'utilise des protections (incontinence)

Vous lever, vous asseoir, vous coucher oui partiellement (avec aide)
 non

Manger seul(e) ? oui
 oui si les aliments sont coupés ou hachés
 non

Veiller à votre sécurité ? oui
 non
 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.