

DEMANDE D'ADMISSION

Cette demande doit être remise à l'UATO (fax 026 359 20 11, email: uato@providencefr.ch)

Délai de réponse : 4 jours ouvrables

1. Données personnelles

Nom et prénom Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer une date. Nationalité Cliquez ici pour taper du texte.

Sexe Choisissez un élément. Etat civil Choisissez un élément.

No AVS Cliquez ici pour taper du texte. Caisse maladie

Langue parlée Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse complète Cliquez ici pour taper du texte.

Hospitalisation du Cliquez ici pour entrer une date. au Cliquez ici pour entrer une date.

Médecin traitant Cliquez ici pour taper du texte.

2. Projet

PLACEMENT EN EMS

Demandes d'admission établies dans les EMS suivants :

EMS, lieu	Déposée le :	État de demande

RETOUR A DOMICILE

Obstacles au retour à domicile

3. Critères

Critères d'admission

Répond aux critères

- a) 65 ans et plus, domiciliés dans le canton de Fribourg et hospitalisés en hôpital somatique ; oui non
- b) évaluation médicale terminée, les troubles connus stabilisés, ne nécessitent plus de soins hospitaliers ; oui non
- c) indication et le projet de soins (placement en EMS ou retour à domicile) établis et validés par le patient et/ou son représentant ; oui non
- d) en attente d'une place dans un EMS ou qui ont besoin, en vue de leur retour à domicile, de prestations permettant d'améliorer leurs compétences et de mettre en place un dispositif de soins et d'accompagnement social adéquat. oui non

Critères d'exclusion

- e) retour à domicile est prévu dans les 7 jours ou transfert en EMS imminent ; oui non
- f) troubles du comportement incompatibles avec la vie en communauté ; oui non
- g) soins hospitaliers sont nécessaires plus de 3 fois par semaine ; oui non
- h) nécessitant une rééducation ou une convalescence ; oui non
- i) patient avec des mesures d'isolement oui non

4. Aspects médicaux et de soins

- a. Diagnostics actifs et traitements (ce point peut-être remplacé par la lettre provisoire de sortie)

- b. Liste des problèmes

Traitements en cours			
Pansements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez le type de pansement et la fréquence
Chimio et radiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez le type de traitement et la fréquence
Dialyse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez la fréquence
Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Indiquez le type de traitement et la fréquence

Situation de santé et soins	
Respiration	Cliquez ici pour taper du texte.
Cardio-vasculaire	Cliquez ici pour taper du texte.
Elimination	Cliquez ici pour taper du texte.
Neurologique	Cliquez ici pour taper du texte.
Addiction (tabac, alcool, etc.)	Cliquez ici pour taper du texte.
Troubles du comportement	Cliquez ici pour taper du texte.
Collaboration	Cliquez ici pour taper du texte.
Troubles du sommeil	Cliquez ici pour taper du texte.
Orientation spatiale	Cliquez ici pour taper du texte.
Orientation temporelle	Cliquez ici pour taper du texte.
Mémoire	Cliquez ici pour taper du texte.
Compréhension	Cliquez ici pour taper du texte.
Autres informations	Cliquez ici pour taper du texte.

Niveaux d'autonomie									
1 = autonome 2 = surveillance/ stimulation 3 = aide partielle 4= suppléance									
AVQ	1	2	3	4	Mobilité	1	2	3	4
Manger - boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changer de position dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	position assise à debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyens auxiliaires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Utilisation des WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels: Cliquez ici pour taper du texte.				
Sonde vésicale (oui /non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sont-ils propriétés du résident ?				
Stomie (oui /non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Intervenants avant l'entrée en hôpital			
Nom, prénom	Fonction	Intervenant depuis le	Motifs
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour taper du texte.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour taper du texte.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour taper du texte.



5. Environnement socio-familial

Personne(s) vivant avec le résident

Nom et prénom	Cliquez ici pour taper du texte.
Tél	Cliquez ici pour taper du texte.
Lien de parenté	Cliquez ici pour taper du texte.
Situation de santé, autonomie	Cliquez ici pour taper du texte.

Famille/proches

Nombre d'enfants/ parents proches	Cliquez ici pour taper du texte.
Relations avec la famille	Cliquez ici pour taper du texte.
Implication de la famille	Cliquez ici pour taper du texte.

6. Aspects administratifs

Le patient est-il:

- a) capable d'effectuer seul des démarches administratives oui non
- b) capable de signer des documents officiels oui non
- c) au bénéfice d'une mesure de tutelle oui non
- d) est-il au bénéfice d'une mesure de curatelle oui non
- e) en attente de réponse d'une mesure de tutelle/curatelle oui non

Personnes de référence / de confiance

Nom, prénom, adresse, téléphone	Lien, rôle
Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.

7. Hôpital demandeur

Personne de contact : Cliquez ici pour taper du texte.

Etablissement : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu et date : Cliquez ici pour taper du texte. **le** Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :