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.

1. **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

1. **Critères**

**Critères d’admission**  Répond aux critères

1. 65 ans et plus, domiciliés dans le canton de Fribourg et hospitalisés en hôpital somatique ;
2. évaluation médicale terminée, les troubles connus stabilisés, ne nécessitent plus de soins hospitaliers ;
3. indication et le projet de soins (placement en EMS ou retour à domicile) établis et validés par le patient et/ou son représentant ;
4. 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.

**Critères d’exclusion**

1. retour à domicile est prévu dans les 7 jours ou transfert en EMS imminent ;
2. troubles du comportement incompatibles avec la vie en communauté ;
3. soins hospitaliers sont nécessaires plus de 3 fois par semaine ;
4. nécessitant une rééducation ou une convalescence ;
5. patient avec des mesures d’isolement

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

1. **Aspects médicaux et de soins**
   1. Diagnostics actifs et traitements (ce point peut-être remplacé par la lettre provisoire de sortie)
   2. Liste des problèmes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Traitements en cours** | | | |
| Pansements | Oui | Non | Indiquez le type de pansement et la fréquence |
| Chimio et radiothérapie | Oui | Non | Indiquez le type de traitement et la fréquence |
| Dialyse | Oui | Non | Indiquez la fréquence |
| Physiothérapie | Oui | Non |  |
| Ergothérapie | Oui | Non |  |
| Autres | Oui | 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 |  |  |  |  | Changer de position dans le lit |  |  |  |  |
| S'habiller |  |  |  |  | position assise à debout |  |  |  |  |
| Se déshabiller |  |  |  |  | Déplacement à l'intérieur |  |  |  |  |
| Hygiène personnelle |  |  |  |  | Déplacement à l'extérieur |  |  |  |  |
| Continence vésicale |  |  |  |  | Utilisation des escaliers |  |  |  |  |
| Continence fécale |  |  |  |  | Moyens auxiliaires : | oui non | | | |
| Utilisation des WC |  |  |  |  | Si oui, lesquels: Cliquez ici pour taper du texte.  Sont-ils propriétés du résident ?  oui non | | | | |
| Sonde vésicale (oui /non) |  |  |  |  |
| Stomie (oui /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. |

1. **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. |

1. **Aspects administratifs**

Le patient est-il:

1. capable d'effectuer seul des démarches administratives
2. capable de signer des documents officiels
3. au bénéfice d'une mesure de tutelle
4. est-il au bénéfice d'une mesure de curatelle
5. en attente de réponse d’une mesure de tutelle/curatelle

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

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. |

1. **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 :