



Demande d'admission

Type de demande *(un seul choix possible)*

- Urgente** (entrée au plus vite), joindre le certificat médical
- Nécessaire** (entrée à prévoir dans les six mois), joindre le certificat médical
- Préventive** (inscription en liste d'attente)
- Séjour vacances** (maximum huit semaines), joindre le certificat médical

Pour un séjour vacances uniquement :

Date d'entrée souhaitée

Date de sortie prévue

Données personnelles

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Téléphone privé : _____

Originaire de : _____ Etat civil : _____

Date de naissance : _____ Numéro AVS : _____

Ancienne profession : _____ Confession : _____

Assurance maladie

Nom : _____ No d'assuré : _____

Section : _____

Référant social

Service : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Lien de parenté : _____

Téléphones : Privé : _____ Mobile : _____

Professionnel : _____ Autre : _____

Email : _____

Référant administratif

Veillez cocher cette case si le référé administratif est le même que le référé social

Service : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Lien de parenté : _____

Téléphones : Privé : _____ Mobile : _____

Professionnel : _____ Autre : _____

Email : _____

Médecin de famille

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Téléphones : Cabinet : _____ Mobile : _____

Demande d'admission, suite

Autres éléments

Etes-vous actuellement hospitalisé ? oui non

Si oui, dans quel établissement ?

Etes-vous en relation avec les soins à domicile (Spitex) ? oui non

Si oui, peut-on les contacter (renseignements médicaux) ? oui non

Avez-vous rédigé (existe-t-il) des directives anticipées ? oui non

Si oui, acceptez-vous de nous en faire part lors de votre admission ? oui non

Etes-vous membre d'une association d'aide au départ (suicide) ? oui non

Si oui, acceptez-vous de nous communiquer toute démarche

prévue au minimum deux semaines avant son échéance ? oui non

Si vous êtes membre d'une telle association, quelle est-elle ?

Autres personnes proches (en plus du référent social et du référent administratif)

1 Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Lien de parenté : _____

Téléphones : Privé : _____ Mobile : _____

Professionnel : _____ Autre : _____

Email : _____

2 Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Lien de parenté : _____

Téléphones : Privé : _____ Mobile : _____

Professionnel : _____ Autre : _____

Email : _____

3 Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Lien de parenté : _____

Téléphones : Privé : _____ Mobile : _____

Professionnel : _____ Autre : _____

Email : _____

Responsable thérapeutique

Veillez désigner le responsable thérapeutique parmi les personnes mentionnées sur ce formulaire d'inscription.

Le responsable thérapeutique est la personne que nous consultons en cas de nécessité pour toutes les questions relatives au traitement médical et/ou aux soins.

Nom et prénom : _____

Validation

Lieu et date : _____

Signatures : _____

Demandeur

Référent administratif

Certificat Médical

Au médecin responsable de



**Pour malades chroniques et personnes
handicapées dans le canton de Berne**

A joindre à l'inscription sous pli fermé

La résidence Les Roches à Orvin

Données personnelles

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ No tél. : _____

Adresse : _____
Rue, no NP, lieu

Type de séjour : Définitif ? oui non Séjour vacances ? oui non

Annoncé dans une autre institution ? oui non

Si oui, où ? _____

Diagnostics

Thérapeutique (médicaments, physiothérapie, ergothérapie, thérapie d'activation, autres...)

Dernière hospitalisation

Hôpital : _____

Dates du séjour : du _____ au _____ *Joindre la documentation importante s.v.p.*

Situation sociale

Le patient peut quitter sa résidence : seul accompagné impossible

Lieu actuel de séjour du patient : _____

Depuis quand ? _____

Retour à domicile : possible probable impossible

Prise en charge à domicile par : famille partenaire connaissance

aide familiale soins à domicile assistant social

autres : _____

Personne de référence

Nom et prénom : _____

Adresse : _____
Rue, no NP, lieu

Téléphone : _____ Téléphone mobile : _____

Lien de parenté : _____

Certificat Médical, suite

Degré de dépendance

Mobilité

Marcher : avec moyens auxiliaires (tribune, etc...) sans moyen auxiliaire

avec l'aide d'autrui parfois indépendant

En chaise roulante : avec l'aide d'autrui parfois indépendant

Transfert (ex. lit/chaise) : avec l'aide d'autrui parfois indépendant

Manger : dépendant avec peu d'aide indépendant

Alimentation par sonde : oui non

Régime(s) : _____

Se vêtir, dévêtir : impossible avec aide indépendant

Soins corporels : impossible avec peu d'aide indépendant

Décubitus : oui non

Utilisation des WC : impossible avec peu d'aide indépendant

Incontinence urinaire : oui non

Sonde à demeure : oui non

Incontinence de selles : oui non

Acuité visuelle : fortement diminuée légèrement diminuée ou normale

Acuité auditive : fortement diminuée légèrement diminuée ou normale

Communication verbale : impossible diminuée possible

Désorientation : temporelle spatiale

situation personne

Remarques particulières et compléments

Médecin de famille

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Rue, no

NP, lieu

Téléphone : _____ Téléphone mobile : _____

Validation

Timbre et signature du médecin examinateur : _____ Tél. : _____

Lieu, date : _____