



## 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 : \_\_\_\_\_