ADMISSION EN EMS LES PEUPLIERS

L’EMS Les Peupliers a pour mission d’accueillir des résidents présentant encore un certain degré d’indépendance et d’autonomie physique et psychique. Lorsque les besoins en soins et en accompagnement augmentent et dépassent le niveau de RAI 3, un transfert dans un autre établissement peut être envisagé afin que le résident puisse bénéficier d’autres prestations adaptées à son état de santé.

Votre admission dans notre EMS requiert les informations suivantes :

1. **Données personnelles**

|  |
| --- |
| No AVS : 756.      |
| Nom et prénom :       |
| Date de naissance :       | Etat civil :       |
| Langue(s) parlée(s) :       | Confession :       |
| Domicile :       | Lieu d’origine :       |
| Téléphone :       | Nationalité :        |
| Profession :       |  |
| Assurance maladie :       | No d’assuré :       |
| Adresse de l’assurance maladie :Rue :      NPA :       Lieu :       |

1. **Adresse de facturation**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :       | Email :       |

1. **Adresse du médecin traitant**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :       | Email :       |
|  |

1. **Représentant légal**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :       | Email :       |

1. **Représentant administratif**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :       | Email :       |

1. **Représentant thérapeutique**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :        | Email :       |
| Lien(s) avec le résident :       |

1. **Proches à contacter en cas de problème(s)**

|  |
| --- |
|  |
| Nom et prénom :       |
| Adresse *(rue, NPA Lieu)* :       |
| Téléphone :       | Email :       |
| Lien(s) avec le résident :       |

1. **Renseignements financiers**

|  |
| --- |
| Je suis au bénéfice des prestations complémentaires |
| [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Demande en cours |
|  |  |  |
| Je reçois une rente d’allocation pour impotence |
| [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Demande en cours |
|  |  |  |
| Si décision positive, depuis le :       |
| Niveau reconnu : [ ]  Léger | [ ]  Moyen | [ ]  Grave |

1. **Hébergement**  *Je souhaite …*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …avoir de la connexion (TV, Internet, Téléphone) *(40.-/mois)* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| …que mon linge soit marqué par l’EMS *(Fr. 1.-/nominette) :* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| …acheter des produits d’hygiènes fournis par l’EMS *(prix selon liste)* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| …bénéficier des prestations de coiffure avec prix préférentiels*(liste des tarifs disponible à la réception)* | [ ]  Oui | [ ]  Non |

1. **Documents importants à fournir lors de votre arrivée**
* *Ordonnance médicale pour mon entrée en EMS*
* *Directive anticipée complétée*
* *Un résumé de l’histoire de vie du résident, ainsi de ses souhaits, ses projets, etc.*
* *Une copie de la carte d’Assurance Maladie*
* *Une copie de la carte d’identité*
* *Une copie de la décision des prestations complémentaires et/ou de l’Allocation d’impotence*
* *Une copie de la carte d’AVS*
1. **Protection de votre image**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acceptez-vous d’être photographié(e) pour un usage strictement institutionnel ?  | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| *Sur les plaquettes d’information* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| *Sur la borne d’information (à l’entrée)* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| *Sur notre site internet* | [ ]  Oui | [ ]  Non |

1. **D’autres remarques pour faciliter votre prise en charge**

Vos remarques pertinentes peuvent nous aider à offrir des soins et de l’accompagnement les plus adaptés à votre état de santé, n’hésitez pas d’en partager avec nous :

* *……………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………*

* *……………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………….*

* *……………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………*

* *……………………………………………………………………………………….*

*…………………………………………………………………………………………….…*

* *……………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………….*

*L’infirmier chef et l’équipe de Direction restent volontiers à votre disposition pour tout renseignement complémentaire*.

**EMS LES PEUPLIERS**

*Direction*