

**DEMANDE D'ADMISSION EN UATR (Unité d'accueil temporaire de répit)**

Renseignements strictement confidentiels

Dates souhaitées : .....

Dates flexibles : oui  non Avez-vous déjà effectué un séjour dans un autre EMS depuis le 1<sup>er</sup> janvier de cette année :  
oui  non  Si oui, combien de jours : .....

Raisons du séjour :

- Répit des proches aidants
- Rétablissement post-hospitalier
- Eviter une hospitalisation
- Découvrir la vie en Institution

**1. Données personnelles**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Prénom du conjoint : .....

Adresse : .....

N° postal : ..... Localité : .....

Téléphone(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Etat civil : ..... Confession : .....

Nationalité : ..... Autorisation de séjour :  B  C

Commune d'origine : ..... Canton d'origine : .....

Pays d'origine (pour les étrangers) : .....

Langue(s) parlée(s) : .....

Existe-t-il un encadrement médico-social à domicile (soins à domicile, accompagnement par des proches etc.) :  Oui  Non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) : .....

Hospitalisé(e) au moment de la demande :  Oui  Non

Si oui, depuis le : ..... Nom de l'institution : .....

Inscrit à un DEP (Dossier électronique du patient) :  Oui  Non (exemple : CARA est un système sécurisé de partage de documents médicaux informatisés. Grâce à cet outil, un patient a accès à ses données médicales. Il choisit aussi qui peut les consulter.)

## 2. Personne de référence à contacter

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° postal : ..... Localité : .....  
 Lien de parenté : ..... Tél. privé : .....  
 Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....  
 Email : .....  
 Professionnel du réseau socio-sanitaire : .....  
 (Exemple : assistante sociale)

## 3. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse) : .....  
 .....  
 N° d'assuré : ..... N° de police : .....  
 Médecin traitant (nom et adresse) : .....  
 .....  
 Téléphone : .....  
 N° AVS : ..... N° bénéficiaire SPC : .....

## 4. Demande d'admission remplie par

Futur Résidant       \* Curateur       \* Représentant

Autres : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : .....

\* Merci de joindre la copie de la décision du Tribunal, ou de la procuration

## 5. Filiation - Entourage

Nombre d'enfants \_\_\_\_\_

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Signature : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Signature : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Signature : .....

Adresse : .....

### Donnons toute procuration utile à

\* Merci de joindre la copie du livret de famille

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Lieu, date : ..... Signature : .....

## 6. Situation financière actuelle

### 6.1. Appui du SPC<sup>1</sup>

- Avez-vous fait une demande de prestations au SPC ? Oui  Non   
Si oui, joindre copie de la dernière décision.
- Si une demande auprès du SPC est en cours, date de la demande : .....  
Joindre copie de la demande

<sup>1</sup> SPC = Service des prestations complémentaires

**6.2. Revenus**

- Bénéficiez-vous d'une rente AVS ? Oui  Non   
Si oui, merci d'indiquer le montant : francs .....
- Bénéficiez-vous d'une rente 2<sup>ème</sup> pilier (LPP) ? Oui  Non   
Si oui, merci d'indiquer le montant : francs .....

Merci de bien vouloir annexer une copie des documents suivants à votre demande :

- Carte d'identité ou passeport valable
- Permis de séjour
- Livret de famille
- Certificat de l'assurance maladie pour l'année en cours
- Décision SPC pour les bénéficiaires
- Relevé(s) bancaires(s)

<b>7. Actes de la vie quotidienne</b>
---------------------------------------

<b>Entourage</b>	Seul	Avec aide	Dépendant	<b>Logement</b>	Seul	Avec aide	dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/ se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Soins spécifiques</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Moyens aux. et matériel</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....			Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sommeil/rythme</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Respiration</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Incontinence</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Tendance aux chutes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Risque de fugues</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Etat psychique</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
			Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comportement</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Régime alimentaire :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Préciser : .....	
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fumeur</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Préciser : .....	
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que la présente « demande d'admission » ainsi que toutes les annexes éventuelles sont conformes à la réalité et complets.

Signature du requérant  
ou de son représentant

Lieu et date : .....

**Annexes :** « Procédure d'admission »