

DOSSIER D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Né(e) le :



Impasse du Bout de la Forêt 11, 1898 St-Gingolph / Valais
Tél. : 024/ 481 67 24 mail : laparenthese@bluewin.ch
CCP 19-2664-3 Réf. Raiffeisen - Ht-Léman CPTÉ 64012-35

Informations administratives (Confidentiel)

Nom : _____ Prénom : _____

Groupe : _____ No de tél. : _____

Adresse : _____

NP, Ville : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Prénom des frères et sœurs : _____

Représentants légaux : parents : tuteur(trice) : (souligner ce qui convient)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

NP, Ville : _____

No de tél : _____ Natel : _____

No d'assuré AI / AVS : _____

Caisse maladie : _____

Adresse : _____

NP, Ville : _____

No de tél : _____

Adresse pour la facturation :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

NP, Ville : _____

No de tél : _____ Natel : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

NP, Ville : _____

No de tél : _____ Natel : _____

DOSSIER D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

FICHES DE PRISE EN CHARGE

Merci de souligner ce qui convient,
vous pouvez ajouter des termes et/ou apporter des compléments d'informations qui nous seront utiles pour optimiser la prise en charge de la personne selon ses besoins fondamentaux.

▪ Besoins de se mouvoir :

Autonome

A besoin d'aide totale

A besoin d'aide partielle

Chaise roulante

Cannes

Marche seule / Aide

Remarques : _____

▪ Besoins de boire et de manger :

Autonome

A besoin d'aide totale / matériel : _____

A besoin d'aide partielle / matériel : _____

Régime ou habitudes alimentaires : **Ce qu'elle peut manger** _____

▪ Besoins de communiquer :

La personne arrive-t-elle à communiquer : oui/non

Moyens : _____

Langue comprise : _____

Voir / Entendre : _____

Aime-t-elle : Jeux

Musique

Lecture

Chants

Autres : _____

▪ Comportement social :

Calme

Sociable

Turbulent

Bruyant

Cherche les conflits

Auto mutilation

Autres : _____

Résolution : _____

DOSSIER D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

▪ **Besoins de se vêtir / se dévêtir :**

Autonome

Aide totale

Aide partielle

Remarques : _____

▪ **Besoins de dormir et de se reposer :**

Jour :

Position : _____ Changements de position : oui/non

Moyens auxiliaires : _____

Habitudes : _____

Sieste : oui/non

Nuit :

A-t-elle besoin d'être changée : oui/non Changements de position : oui/non

La nuit est-elle : calme

agitée

besoin d'être rassurée

Autres : _____

▪ **Besoins d'éliminer :**

Autonome

WC

Vase-chaise Heure :

Moyens (supp./practo)

Protection

règles

▪ **Besoins d'éviter les dangers :** Chute Barrières Ceinture Orthèses

▪ **Risque de faire des crises :** épilepsie asthme autres

Manifestation : _____

Mesures à prendre : _____

DOSSIER D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

FICHE DE TRAITEMENT/SOINS PARTICULIERS

POUR LE SEJOUR

DU _____ HEURE _____ AU _____ HEURE _____

Le pensionnaire est amené par : _____ No de tél. : _____ Natel : _____

Le pensionnaire repart avec : _____ No de tél. : _____ Natel : _____

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Nuit

Médicaments en réserve en cas de (crises, douleurs, etc...)

En cas de :	Médicaments	Dosage

Allergies connues : (alimentaires, corporelles, respiratoires ou autres)

Lesquelles	Traitement

Soins particuliers / Remarques :

Compléter le jour d'arrivée

Date des dernières selles :

date des dernières règles :

Autorisez-nous : (entourer ce qui convient)

- à prendre des photos du pensionnaire et à les utiliser et/ou les publier afin de présenter l'Association : oui/ non
- à aller en voiture avec les responsables ou les bénévoles de l'Association : oui/non
- à se baigner au Lac et/ou piscine : oui/non
-

A retourner signé pour le :

Lieu et date :

Responsable légal :

Personne de référence :