

DONNEES ADMINISTRATIVES ET DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Version novembre 2009

SECTION AA: DATE ET NOM DE LA PERSONNE QUI ADRESSE LA DEMANDE (si autre que la cliente)

1.			
	Date de la demande (jour, mois, an)	Nom / Prénom	Fonction/Relation avec la cliente
	Institution (si demandeur=professionnel)	Adresse	Téléphone

SECTION BB: NOM ET IDENTIFICATION DE LA CLIENTE

1.				
	Nom de la cliente	Prénom	Numéro d'assuré AVS	N° dossier interne
	Rue	N°	Numéro de la carte d'assuré	
	Code postal	Lieu	Adresse, E-Mail	
2.	La personne est-elle membre de l'association du service?		Téléphone	Natel
	0 = non 1 = oui 2 = a fait la demande			
3.	Nom de la caisse maladie (assurance de base)		Nom de la caisse maladie (assurance complémentaire)	
4. Sexe	6. Nationalité	8. Langue maternelle		
1 = masculin 2 = féminin	1 = suisse 2 = autre.....	1 = langue parlée localement 2 = autre.....		
5. Date naissance (jour, mois, an)	7. Etat civil		9. Dernier métier pratiqué	
..... jour mois an	1 = célibataire 4 = séparée 2 = mariée 5 = divorcée 3 = veuve 6 = autre		

Section BB. Remarques supplémentaires

--	--

SECTION CC: PERSONNES DE CONTACT

1	PERSONNE A CONTACTER – RELATION AVEC LA CLIENTE:				
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	dom.	prof.
				natel.	
2	AUTRE AIDANT RELATION :				
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	dom.	prof.
				natel.	
3	MÉDECIN TRAITANT			Tél.	
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	Fax	
4	MÉD. SPÉCIALISTE			Tél.	
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	Fax	
5	PHARMACIE			Tél.	
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	Fax	
6	ADRESSE POUR LA FACTURATION (SI AUTRE QUE BB1)			dom.	prof.
	Nom et prénom	rue	N° postal et lieu	natel.	

SECTION EE: REMARQUES SUPPLEMENTAIRES	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

3. Décision pour la suite		
a. Aucune intervention nécessaire parce que : <i>(cocher ce qui convient / remplir)</i>		
aa. info/conseils donnés, problème résolu		aa
ab. demande sortant du domaine de compétence du service, non transmise		ab
ac. demande transmise à un autre service :		ac
ad. autre raison :		ad
b. Evaluation avec MDS-HC + module ménage		b
c. Evaluation avec MDS-HC / instrument spécifique / module ménage		c
d. Autre évaluation spécifique, à savoir :		d
e. Catalogue de prestations seulement, (pas d'évaluation avec le MDS-HC)		e
f. Evaluation avec module ménage		f
SECTION FF: REMARQUES SUPPLEMENTAIRES		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

SECTION FF: DECISION ET TRANSMISSION	
1. Du point de vue du service, une intervention est-elle nécessaire? <i>0 = non (sauter à FF3a) 1 = oui</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> si FF1=0, sautez à FF3a	
2. Estimation de la situation Classez la cliente dans l'un des groupes suivants (cochez une seule case)	
a. Situation régulière d'aide et de soins ⇒ FF3b	a
b. Cliente avec problèmes psychiatriques ⇒ FF3c	b
c. Cliente en soins palliatifs ⇒ FF3c ou FF3d	c
d. Enfant requérant aide/soins ⇒ FF3d	d
e. Soin infirmier isolé et limité dans le temps (comme par ex. : Héparine, bas de contention, gouttes pour les yeux,) ⇒ FF3e	e
f. Aide pour le ménage limitée dans le temps ⇒ FF3f	f
g. La cliente refuse l'évaluation de besoins avec le MDS-HC ⇒ FF3e et/ou FF3f	g

SECTION GG: DATE ET SIGNATURES			
1. Inscriptions à la demande, modifications et nouvelle admission			
a.			
	Date	Signature	Fonction
b.			
	Date	Signature	Fonction
c.			
	Date	Signature	Fonction
2. La phase de l'admission est achevée			
	Date	Signature	Fonction