

DEMANDE D'ADMISSION

VEUILLEZ NOTER QUE TOUTES LES DONNÉES DE CE FORMULAIRE SERONT TRAITÉES DE MANIÈRE STRICTEMENT CONFIDENTIELLE

TYPE DE DEMANDE

- Préventive
☐ Urgente
☐ Lit de vacances

DONNEES ADMINISTRATIVES CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom et nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____
 Etat civil : _____ Nationalité : _____
 Caisse de maladie : ☐ CNS ☐ Autre : _____ Matricule : _____
 Langues parlées : ☐ Lux. ☐ Fr. ☐ All. ☐ Autre(s) : _____

DOMICILE

N° et rue : _____
 Code Postal : L - _____ Lieu : _____
 Téléphone : _____

LIEU DE SÉJOUR ACTUEL

- ☐ Domicile
☐ Rééducation gériatrique Laquelle _____ Depuis le ____ / ____ / ____
☐ Centre de convalescence Lequel _____ Depuis le ____ / ____ / ____
☐ Hôpital Lequel _____ Depuis le ____ / ____ / ____
 Motif d'hospitalisation _____

PERSONNE(S) DE RÉFÉRENCE

Nom, prénom : _____	Nom, prénom : _____
N° et rue : _____	N° et rue : _____
Code postal : L - _____ Lieu : _____	Code postal : L - _____ Lieu : _____
Téléphone : ☐ Privé _____	Téléphone : ☐ Privé _____
☐ GSM _____	☐ GSM _____
☐ Bureau _____	☐ Bureau _____
Adresse e-mail : _____ @ _____	Adresse e-mail : _____ @ _____
Lien avec le demandeur : _____	Lien avec le demandeur : _____
☐ Sauvegarde en justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle	Demande en cours depuis le : ____ / ____ / ____
Nom du tuteur/curateur : _____	
N° et rue : _____	
Code Postal : L - _____ Lieu : _____	
Téléphone : _____	

ASSURANCE DÉPENDANCE

Demande assurance dépendance introduite : ☐ Oui ☐ Non	Date ____ / ____ / ____
Décision : Nombre d'heures/semaine _____ AEV _____ SO _____ TD _____	Date ____ / ____ / ____
Demande de réévaluation : ☐ Oui ☐ Non	Date ____ / ____ / ____
Demande carnet de soins palliatifs : ☐ Oui ☐ Non	Date ____ / ____ / ____

MOTIF DE LA DEMANDE

DONNÉES MÉDICALES**MÉDECIN TRAITANT**

Nom, prénom: _____

Téléphone : _____

MEDECIN EN CHARGE PENDANT L'HOSPITALISATION

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

DONNÉES RELATIVES À LA DÉPENDANCE PHYSIQUE**Nutrition, hydratation**☐ Autonome☐ Aide minimale☐ Aide partielle☐ Aide complète☐ Stimulation/présence☐ Alimentation entérale (PEG ; Sonde gastrique)**Mobilité**☐ Autonome☐ Aide minimale☐ Aide partielle☐ Aide complète☐ Stimulation/présence**Aides techniques**☐ Déambulateur☐ Chaise roulante☐ Autre(s) _____☐ Canne☐ Lève-personne**Hygiène corporelle**☐ Autonome☐ Aide minimale☐ Aide partielle☐ Aide complète☐ Stimulation/présence**Elimination**☐ Autonome☐ Aide minimale☐ Aide partielle☐ Aide complète☐ Stimulation/présence**Incontinence**☐ Oui☐ Non☐ Urinaire☐ Fécale☐ Cystofix☐ Sonde urinaire**Habillage/déshabillage**☐ Autonome☐ Aide minimale☐ Aide partielle☐ Aide complète☐ Stimulation/présence**DONNÉES RELATIVES À LA DÉPENDANCE PSYCHIQUE****Mémoire**☐ Bonne☐ Moyenne☐ Mauvaise**Comportement**☐ Calme☐ Agité☐ Agressif☐ Troubles psychiatriques _____**Confusion/Désorientation**☐ Oui☐ Non

Préciser _____

Démence☐ Oui☐ Non**Inversion rythme jour-nuit**☐ Oui☐ Non**Déambulation**☐ Diurne☐ Nocturne**Risque de fugue connu**☐ Oui☐ Non**Score «mini mental state»(MMS/Folstein) _____ /30 Date _____ / _____ / _____**

- ☐ Diabète insulino-dépendant
☐ Diabète non insulino-dépendant
☐ Tabagisme
☐ Alcool
☐ Obésité
☐ HTA

- ☐ Régime particulier
☐ Allergie(s) connue(s)
☐ Autres

SOINS ET TRAITEMENTS PARTICULIERS

- ☐ Stimulateur cardiaque (pacemaker)
☐ Dialyse
☐ Stomie

RESPIRATION

- ☐ Aspiration endotrachéale (ET)
☐ Trachéotomie
☐ Oxygénothérapie

ETAT CUTANÉ

- ☐ Peau saine
☐ Plaies
☐ Présence d'escarre(s)
☐ MRSA

- ☐ À risque
☐ Matelas anti-escarres à prévoir
☐ Autres

RECOURS PAR LE DEMANDEUR À D'AUTRES AIDES ET SOINS ET SERVICES

Réseau d'aide à domicile

☐ Oui

☐ Non

Lequel

Fréquentation d'un centre de jour

☐ Oui

☐ Non

Lequel

Autres

LISTE DES COPIES À JOINDRE EN ANNEXE

- ☐ CERTIFICAT MÉDICAL OU R20 (SI ACCORD DU MÉDECIN)
- ☐ ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE ASSURANCE DÉPENDANCE
- ☐ DÉCISION DU PLAN DE SOINS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE
- ☐ CERTIFICAT DE DOMMAGES DE GUERRE/ENRÔLÉ DE FORCE (S'IL Y A LIEU)

ETABLISSEMENT HOSPITALIER À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Dénomination :

Adresse :

L-

DONNÉES CONCERNANT LA PERSONNE AYANT REMPLI LA DEMANDE

Nom, Prénom :

Téléphone :

Adresse électronique :

@

Cachet			
Date	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	Signature	

Annexe 1 : Demande d'admission(s) introduite(s) pour

DEMANDE(S) D'ADMISSION INTRODUITE(S) POUR
--

MAISONS DE SOINS (MS)

☐ Bertrange	MS « Les Parcs du Troisième Âge »	☐ Ettelbruck	CHNP Centre Pontaliaz
☐ Bettembourg	MS Résidence pour personnes âgées « An de Wisen »	☐ Luxembourg	MS Elysis
☐ Clervaux	Home Pour Personnes Âgées St François	☐ Luxembourg	Hospice de Hamm
☐ Consdorf	Seniorerie St Joseph	☐ Luxembourg	Seniorie St Jean de la Croix
☐ Contern	MS Seniorie Ste Zithe	☐ Pétange	MS Seniorie St Joseph
☐ Crauthem	Les Jardins d'Alysea	☐ Schifflange	MS « Am Schmëttbësch » Hôpital
☐ Diekirch	MS Sacré-Cœur Diekirch	☐ Steinfort	Intercommunal Steinfort Steinfort
☐ Diekirch	MS SERVIOR « Bei der Sauer »	☐ Vianden	MS SERVIOR « Sanatorium »
☐ Differdange	MS SERVIOR « Thillebiert »	☐ Vianden	MS SERVIOR « Schlossbléck »
☐ Echternach	MS SERVIOR « Am Schleeschen »	☐ Wasserbillig	MS « Op Lamp »
☐ Erpeldange	MS « Beim Goldknapp »	☐ Wiltz	MS SERVIOR « Geenzebléi »

CIPA

☐ Belvaux	Résidence « Op der Waassertrap »	☐ Junglinster	Centre Grand-Duchesse Joséphine-Charlotte
☐ Berbourg	Hauptmann's Schlass	☐ Luxembourg	Sainte Elisabeth « am Park »
☐ Berschbach	Blannenheem	☐ Luxembourg	Fondation J.P. Pescatore
☐ Bettembourg	Foyer Ste Elisabeth	☐ Luxembourg	Home Pour Personnes Âgées Sacré-Cœur
☐ Bofferdange	SERVIOR « Am Park »	☐ Luxembourg	Hospice de Pfaffenthal
☐ Clervaux	Résidence des Ardennes	☐ Luxembourg	SERVIOR « Op der Rhum »
☐ Dudelange	SERVIOR « Grand-Duc Jean »	☐ Luxembourg	Seniorie St Jean de la Croix
☐ Echternach	Hospice civil Echternach	☐ Mamer	Home Pour Personnes Âgées Mamer
☐ Echternach	SERVIOR « Belle-Vue »	☐ Mersch	Home Pour Personnes Âgées St Joseph
☐ Esch/Alzette	Résidence Bel-Âge	☐ Mondorf-les-Bains	Résidence « Monplaisir »
☐ Esch/Alzette	SERVIOR « Op der Léier »	☐ Niederanven	CIPA « Gréngewald »
☐ Grevenmacher	Home Pour Personnes Âgées St François	☐ Niederkorn	SERVIOR « Um Lauterbann »
☐ Heisdorf	CIPA Maredoc	☐ Redange/Attert	Home Pour Personnes Âgées St François
☐ Howald	SERVIOR « Beim Klouschter »	☐ Rodange	Résidence du Parc Ronnwiss
		☐ Remich	Maison de retraite St Joseph
		☐ Rumelange	SERVIOR « Roude Fiels »

LOGEMENTS ENCADRES

Beaufort	Seniorenresidenz Petite Suisse	Mondorf-Les-Bains	"Home St Louis"
Bertrange	Résidence du Domaine Schwall	Rollingen	Blannenheem "Waisst Schleeschen"
Kayl	Résidence du Val de Kayl	Schengen	Résidence "Les Jardins de Schengen"
Luxembourg	Fondation Félix Chomé	Strassen	Centre résidentiel et d'accueil pour personnes âgées "Riedgen"
Luxembourg	Fondation Roer Katz " Résidence Belle Vallée "	Troisvierges	Résidence Seniors Liewensbam
Luxembourg	Résidence Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte	Wasserbillig	Muselheem