

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 : <input type="checkbox"/> Privé _____	Téléphone : <input type="checkbox"/> Privé _____
<input type="checkbox"/> GSM _____	<input type="checkbox"/> GSM _____
<input type="checkbox"/> Bureau _____	<input type="checkbox"/> Bureau _____
Adresse e-mail : _____ @ _____	Adresse e-mail : _____ @ _____
Lien avec le demandeur : _____	Lien avec le demandeur : _____
<input type="checkbox"/> Sauvegarde en justice <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle	Demande en cours depuis le : ____ / ____ / ____
Nom du tuteur/curateur : _____	
N° et rue : _____	
Code Postal : L - _____ Lieu : _____	
Téléphone : _____	

ASSURANCE DÉPENDANCE

Demande assurance dépendance introduite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date ____ / ____ / ____
Décision : Nombre d'heures/semaine _____ AEV _____ SO _____ TD _____	Date ____ / ____ / ____
Demande de réévaluation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date ____ / ____ / ____
Demande carnet de soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ____ / ____ / ____

PARTICULARITÉS ET FACTEURS DE RISQUES

Document COPAS© en partenariat avec un groupe de travail d'assistantes sociales du secteur hospitalier et extrahospitalier,
version mai 2011

- ☐ 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)

<input type="checkbox"/> Bertrange	MS « Les Parcs du Troisième Âge »	<input type="checkbox"/> Luxembourg	MS Elysis
<input type="checkbox"/> Bettembourg	MS Résidence pour personnes âgées « An de Wisen »	<input type="checkbox"/> Luxembourg	Hospice de Hamm
<input type="checkbox"/> Clervaux	Home Pour Personnes Âgées St François	<input type="checkbox"/> Pétange	MS Seniorie St Joseph
<input type="checkbox"/> Contern	MS Seniorie Ste Zithe	<input type="checkbox"/> Schifflange	MS « Am Schmëttbësch »
<input type="checkbox"/> Crauthem	Les Jardins d'Alysea	<input type="checkbox"/> Steinfort	Hôpital Intercommunal Steinfort
<input type="checkbox"/> Diekirch	MS Sacré-Cœur Diekirch	<input type="checkbox"/> Vianden	MS « Sanatorium »
<input type="checkbox"/> Diekirch	MS SERVIOR « Bei der Sauer »	<input type="checkbox"/> Vianden	MS « Schlusbléck »
<input type="checkbox"/> Differdange	MS SERVIOR « Thillebiert »	<input type="checkbox"/> Wasserbillig	MS « Op Lamp »
<input type="checkbox"/> Echternach	MS SERVIOR « Am Schleesch »	<input type="checkbox"/> Wiltz	MS SERVIOR « Geenzbléi »
<input type="checkbox"/> Erpeldange	MS « Beim Goldknapp »		
<input type="checkbox"/> Ettelbruck	CHNP Centre Pontalize		

CIPA

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

AUTRE(S)
