

Pour court séjour en Unité d'Accueil Temporaire de Répit (UATR) en EMS  
(Dossier confidentiel)

1. Renseignements administratifs

NOM : .....	Prénom : .....
Date naissance : .....	Langue(s) parlée(s) : .....
Lieu de naissance : .....	.....
Adresse : .....	Nom de jeune fille : .....
.....	Origine : .....
Téléphone : .....	Confession : .....
Nom du père : .....	nom de la mère : .....
Etat civil : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire	
Nom du conjoint(e) : .....	dernière profession : .....
N° d'AVS : .....	Caisse maladie : .....
N° d'OCPA : .....	N° d'assuré : .....
Réseau de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....	
Rente impotent : <input type="checkbox"/> oui, depuis le : ..... catégorie : ..... <input type="checkbox"/> non	
SPC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, (précisez) : ..... Autres rentes : .....	
Médecin traitant : .....	
Adresse : ..... Commune : .....	
Téléphone fixe : ..... Natel : ..... Fax : .....	
Situation sociale: Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vit avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vit avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Proximité domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Inscription auprès d'autres EMS : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles : .....	
.....	

**2. Représentant** (cocher ce qui convient)

<input type="checkbox"/> Répondant financier <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Lien (parenté/autre) : .....	
Tél. privé : .....	Tél. prof. : .....
Tél. port. : .....	E-mail : .....

  

<input type="checkbox"/> Répondant financier <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Lien (parenté/autre) : .....	Tél. privé : .....
Tél. prof. : .....	Tél. port. : .....
E-mail : .....	
<input type="checkbox"/> Infirmière à Domicile (précisez coordonnées) : .....	

**3. Délai d'admission/provenance du client**

<input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> (jour même) <input type="checkbox"/> <b>Rapide</b> (- de 7 jours à jour même) <input type="checkbox"/> <b>Électif</b> (7 jours ou +)
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Structure hospitalière : .....
<input type="checkbox"/> autre (précisez) : .....

**4. Maintien à domicile**

Suivi <b>OSAD*</b> <input type="checkbox"/> Si oui, lequel : .....    Téléphone : .....
<input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Aide pratique <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> IEPA <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> HAD
Suivi <b>foyer de jour</b> : <input type="checkbox"/> Oui, lequel : .....    Téléphone : .....
Quel(s) jour(s) : <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve
Autre(s) : .....

\*Organisation de Soins à Domicile

## 5. Conditions d'admission

Les conditions d'admission décrites dans la colonne de gauche sont **cumulatives** et doivent être totalement remplies positivement pour bénéficier d'un séjour en UATR.

CONDITIONS D'ADMISSION OBLIGATOIRES	MOTIF DU RÉPIT
<input type="checkbox"/> <b>AGE AVS*</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Domicilié à Genève</b> <input type="checkbox"/> <b>Durée de séjour**</b> (5 jours minimum - 45 jours/an maximum)  Nombre de jours prévus : ..... jours <input type="checkbox"/> <b>Prescription médicale</b> pour le séjour en UATR (à fournir lorsque le séjour est validé)	<input type="checkbox"/> Besoin de répit bénéficiaire <input type="checkbox"/> Besoin de répit proche aidant <input type="checkbox"/> Absence proche aidant <input type="checkbox"/> Hospitalisation proche aidant <input type="checkbox"/> Travaux logement (barrière environnementale: aménagement ascenseur, immeuble, appartement) <input type="checkbox"/> Logement momentanément inhabitable (ex. punaises de lit, etc.) <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation (RAD possible mais travaux ou absence proche aidant)

\*\* Possibilité de demande de dérogation motivée, renseignée et soumise à autorisation

**Durant l'année en cours le ou la bénéficiaire a bénéficié d'un séjour UATR ? :**

oui     non      si oui précisez le nombre de jours : ..... jours

## 6. Complément d'informations\*

Etat de sante général

Troubles physiques      préciser si  avec difficultés de mobilisation  
 Troubles psychiques      préciser si  avec problème de comportement  
 Troubles cognitifs      préciser si  avec risque de fugue

Commentaires : .....

.....

.....

\*Selon le cadre légal établi (article 30 RSDom) et son esprit, le séjour en UATR est destiné à des personnes de plus de 65 ans vivant à Genève et souffrant de **troubles physiques, psychiques et/ou troubles cognitifs** nécessitant des prestations socio-hôtelières, des soins de base et d'aide aux AVQ sans pathologie décompensée ou aigue nécessitant une hospitalisation et étant au bénéfice d'une prescription médicale indiquant le besoin d'un séjour de répit.

### Cadre réservé à La Louvière

## 7. Motif de refus et de non prise en charge pour un séjour en UATR\*

- Client ne répondant pas aux conditions d'admission obligatoires selon le cadre légal établi
- Client incapable de s'engager et sans représentant légal
- Besoin de suite de traitement avec surveillance médicale
- Attente d'un placement en EMS
- Attente d'une domiciliation
- Retour à domicile non envisageable

\* Si coché, renseigner le tableau de bord statistiques

## DEMANDE FAITE PAR :

Nom : ..... Prénom : .....

Institution / Service social : ..... Responsable : .....

..... Numéros de téléphone : .....

Motif de la demande, rapport : .....

.....

.....

.....

## PERSONNE A CONTACTER

<i>Nom, prénom</i>	<i>Lien</i>	<i>Adresse</i>	<i>Tél privé (+ natel)</i>	<i>Tél prof.</i>

Des directives anticipées ou des volontés présumées existent-elles ?  oui  non

Si oui merci de nous les faire parvenir

**Date de la demande :** .....

**Signature :**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

(A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et à renvoyer sous pli, fermé au médecin répondant de l'EMS)

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Domicilié(e) à : .....

Ancienne profession : ..... Médecin traitant habituel : .....

Où se trouve le patient actuellement ? s'il est hospitalisé, pourquoi et depuis quand? :

.....  
.....

Motif de la demande : .....

.....  
.....

Antécédents personnels et hospitalisations (joindre une copie des lettres de sortie) :

.....  
.....  
.....

Allergies : .....

Diagnostics actuels : .....

.....  
.....

Éléments importants du status somatique :

Poids :            Taille :            TAH :            Pouls :            Peau (escarres) :

.....

Autres : .....

Traitement actuel : .....

.....  
.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

- **psychique** : problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation :

.....  
.....

Etat thymique, trouble du caractère ?

.....  
.....

Troubles de sommeil ? .....

- **sensorielle** : vue, audition ?

.....  
.....

- **locomotrice** : toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire) transfert :

.....  
.....

- **problèmes de continence** : comment sont-ils résolus actuellement ?

.....  
.....

Votre appréciation personnelle sur :

Le patient, son entourage, l'histoire de vie, les motifs et conséquences éventuelles du placement :

.....  
.....  
.....

Avez-vous d'autres éléments importants à signaler ?

.....  
.....  
.....  
.....

**Date** : ..... **Timbre et signature du médecin** : .....

**AVIS AUX MÉDECINS TRAITANTS POUR LES SÉJOURS EN UATR (cocher ce qui convient)**

Feuille à joindre aux documents de validation des traitements par le médecin traitant pour réponse et prise de position

En prévision du séjour de votre patient, il nous serait important que vous précisiez votre souhait de prise en charge si le patient présente un problème médical.

**Nom / prénom du patient :**

**Date de naissance :**

appel systématique au médecin traitant, 24h/24, week-end compris

Téléphone mobile : ..... téléphone cabinet : .....

accord de prise en charge globale par les médecins (Service d'urgence à domicile) durant le séjour. Lors de chaque évaluation, une lettre de consultation sera envoyée par fax à votre cabinet (merci de communiquer les informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient).

N° de fax du cabinet : .....

appel durant les heures d'ouverture à votre cabinet. Si pas de réponse, durant le week-end, accord pour prise en charge par le médecin (Service d'urgence à domicile) merci de communiquer les informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient).

Téléphone cabinet : .....

appel vers un autre médecin ou service d'urgence.

Nom du médecin ou service : ..... téléphone : .....

Attitude discutée avec le patient ou ses proches :

réanimation ?       oui       non

prise en charge en UATR si possible selon état du client

l'attitude n'a pas été évoquée

sera suivi par le médecin répondant de La Louvière  
(dans ce cas, faire une lettre de suivi à transmettre au Docteur Portier).

Nom du médecin traitant : .....

Date : .....

signature :

En restant à votre disposition et en vous remerciant pour votre collaboration, nous vous adressons, Madame, Monsieur et chers collègues, nos salutations les meilleures

Joël Sébille  
infirmier chef

Docteur Michel Portier  
médecin répondant  
de La Louvière

**INFORMATION SOCIALES**

**Réseau Familial :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Brève Histoire De Vie :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Observations :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Activités/Loisirs :**

Avant

.....  
.....

Aujourd'hui

.....  
.....



Cadre réservé à La Louvière

Date de la demande : .....

Provenance : .....

Date d'entrée : .....

Heure d'arrivée : .....

Date de sortie/Heure : .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

(suite à la visite de la personne et/ou autres renseignements)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Visite faite le : .....

avec : .....