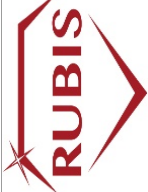


	DEMANDE D'ADMISSION			
<div><div>S.S.J.N. RUBIS</div><div>Structure de soins de jour</div><div>Rue du Nucé 7 - 1896 Vouvry</div><div></div></div>	Nom,prénom			
	Date de naissance			
	Etat civil			
	Adresse			
	Téléphone(s)			
	E-mail			
	Directives Anticipées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON            Souhaitez-vous en parler?		
	Confession (facultatif)			
	Référénts famille/proches à contacter dans l'ordre et PERSONNE DE PROXIMITE QUI A UN DOUBLE DES CLES (si perte de clés lors du retour le soir)			
	Lien familial-	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
	1-			
	2-			
	Double des clés chez:			
	Référent thérapeutique	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
	Lien:			
	Référent administratif	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
	Lien:			
	Curatelle:	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
	A qui la facture doit être adressée ?	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail	
	Assurance maladie			
	Assurance complémentaire			
	N° Carte assurance (20 chiffres)			
	N° Assurance			
	N° AVS			
	Problèmes financiers ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Rente d'impotence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Prestations complémentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SOINS				
Médecin traitant	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail		
Psychiatre-psychologue	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail		
OSAD-CMS-Inf indép.	Nom, prénom	Adresse/Téléphone/ E-mail		
Si oui:	Depuis quand?	Quelles interventions?		
Allergies/Intolérances :				
Maladies chronique ( Diabète, épilepsie, DMLA, asthme, trouble mémoire...):		Insulino dépendant? Anticoagulants?		
Traitements:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui	merci de nous donner la liste			

Surveiller la prise du traitement par la SSJ ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, le traitement doit être dans son emballage, blister	
	Ordonnance obligatoire	Nous ne donnons pas de traitement non clairement identifiable	
Vaccins grippe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Vaccin covid	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Qui fait la demande pour l'inscription à la Structure de jour?	Médecin, famille, vous-même...	Motif ?	
Fréquence?	Quels jours de la semaine: Lundi <input type="checkbox"/> / Mardi <input type="checkbox"/> / Mercredi <input type="checkbox"/> / Jeudi <input type="checkbox"/> /Vendredi <input type="checkbox"/>	La SSJ est fermée les jours fériés ainsi qu'une semaine en été et une semaine entre Noël et Nouvel An	
Transport	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Acceptez-vous les échanges des informations professionnelles entre SSJN-OSAD? (osad= organisme de soins à domicile)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Ceci ne concerne pas le médecin qui lui fait partie d'office de la collaboration avec la ssjn	
Inscription dès le:		Prendre connaissance du Concept d'accueil avant la signature du « Contrat » .	
Confirme avoir pris connaissance des documents :			
Consentement en matière de protection des données ainsi que le document autorisation publications photos-médias(page 5)			
Lieu	Vouvry le,	Signature:	
SSJN Structure de soins de jour: 024/482.11.70 e-mail: ssjn@riond-vert.ch			
	