



Demande d'admission

Hébergement

Dispositif "Housing First"

IDENTITE

Nom

Prénom

Date d'admission souhaitée

Sexe

Date de naissance

Lieu de naissance

Etat civil

Profession

Origine

Nationalité

Domicile légal

Assurance maladie

No de téléphone

No AVS

No d'assuré

Assurance RC

oui
 non

Si oui, préciser laquelle

et joindre une copie de la police ainsi qu'une preuve du paiement de la prime

SITUATION FINANCIERE

Rente AI

oui

Si non, pourquoi

demande en cours – préciser par qui et date

refus

Prestations complémentaires AVS/AI

oui

Si non, pourquoi

demande en cours (joindre une copie)

pas de rente AI

ne peut y avoir droit

Revenu d'insertion

oui

inscrit au CSR de

personne de référence



SITUATION PERSONNELLE

Où vivez-vous actuellement ?

à domicile (préciser l'adresse)

dans un autre foyer (préciser lequel)

à l'hôpital

sans domicile fixe

autre

FAMILLE, ENTOURAGE

Personne de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)

Personne vivant avec (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)



Représenté, le cas échéant par

Nom

Prénom

Adresse

Nom

Prénom

Adresse

Désigné, ci-après, comme **le représentant agissant en qualité de :**

1. Représentant légal

- Curatelle d'accompagnement (art. 393 CC)
- Curatelle de représentation (art. 394 CC)
- Curatelle de gestion (art. 395 CC)
- Curatelle de coopération (art. 398 CC)
- Curatelle de portée générale (art. 420 CC)

→ Une copie de la notification de la Justice de Paix doit impérativement être remise à L'ESE Le Rôtillon

2. Mandataire de l'usager, au bénéfice d'une procuration valable

- Mandat pour cause d'inaptitude (art. 360 à 369 CC)
- Directives anticipées et/ou représentant thérapeutique (art. 370 à 373 CC)

→ La procuration doit impérativement être remise à L'ESE Le Rôtillon (un modèle de procuration figure en annexe¹)

L'usager capable de discernement peut transmettre à l'Etablissement ses directives anticipées concernant le type de soins qu'il désire recevoir, ou non, dans des situations où il ne serait plus capable de manifester sa volonté; il peut aussi désigner une personne habilitée à le représenter (art. 370 ss CC)

3. Participation des proches au dispositif de protection de l'adulte

- Représentation par le conjoint, la conjointe ou partenaire enregistré (art. 374 à 376 CC)
- Soins médicaux (art. 377 à 381 CC)

4. Protection de la personne résidant en institution

- Contrat d'assistance et surveillance (art. 382 à 387 CC)
- Mesures de contention (art. 383 à 385 CC)
- Protection de la personnalité (art. 386 CC)

¹ Annexe 5



RESEAU PROFESSIONNEL

Médecin généraliste (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)

Médecin psychiatre (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)

Infirmier de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)

- CMLH
- Jaspers
- Minkowski
- SIM
- autre

Assistant social (nom, prénom, adresse, no de téléphone, adresse mail)

RESEAU JUDICIAIRE

- Service pénitentiaire (SPEN)
- Office exécution des peines (OEP)

Commentaire(s)



En cas d'admission : gestion financière (forfait Frs 400.-/mois)

Sont concernés par la gestion du forfait :

l'utilisateur

le curateur

le responsable administratif

Ils définissent d'un commun accord les modalités suivantes :

l'utilisateur est autonome pour la gestion de son forfait

l'utilisateur n'est pas autonome pour la gestion de son argent

il reçoit la somme de Fr. _____

par jour

par semaine (préciser le ou les jours) :

lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche

par mois tous les

Entrée en vigueur le

Signatures :

L'utilisateur

Le curateur

visa responsable administratif



Brève histoire de vie

Problématique

Projet



Ressources personnelles ou facteurs de protection

Facteurs de risque potentiels ou avérés



GESTION ET PRISE DE VOTRE TRAITEMENT

- adhésion au traitement (ttt)
- nécessite la mise en place d'une mesure de surveillance (argumenter)

- gère seul(e) son ttt pour la journée
- gère seul(e) son ttt pour la semaine

- suit un ttt de méthadone, si oui, distribué par :
 - à St-Martin (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)
 - pharmacie (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)

Médicaments, dosage	M	M	S	N
Réserve(s)				

Traitement prescrit par _____

Date de la dernière évaluation du traitement _____