

« Remplir la présente fiche constitue un préalable utile, mais non définitif, à l'inscription.

Il est indispensable de constituer un dossier d'admission complet.

Merci de contacter Mme Gullet, Coordinatrice Admissions

([social@jh.acsol.be](mailto:social@jh.acsol.be)) - Tél 081/51.23.01) »

## Demande d'admission

Date:		Numéro:	
-------	--	---------	--

### 1. Identité du résident

Nom et Prénom	
Date de naissance (Age)	Nombre d'enfants
Adresse	
Téléphone	
Raison de la demande d'admission	
Situation actuelle et d'attente	
Médecin traitant	

### 2. Caractéristiques du résident

*Antécédents physiques:*

Incontinence	O	N	Aide pour la toilette	O	N
Grabataire	O	N	Aide pour manger	O	N
Locomotion	O	N	Aide aux transferts	O	N
			Infirmière à domicile	O	N
Remarques:					

*Conditions psychologiques*

Confusion	O	N	Communication:	O	N
Désorientation	O	N	Acceptation de placement	O	N
Remarques:					

*Souhaits*

Chambre	PCAP	Estimation	MR O A B
			MRS B C CD

### **3. Identité contact**

Nom et prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone	
E-Mail	

---

Nom et prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone	
E-Mail	

---

Nom et prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone	
E-Mail	

### **4. NB**

--