

# FOYER DES LYS

Ch. des Lys 18 1010 LAUSANNE - Tél 021 657 08 40/41 / Fax 021 657 08 44

## Exemplaire du Formulaire de demande d'admission remis lors de la visite d'information

*Le formulaire est confidentiel - Dans le cas où il est rédigé par un tiers, la personne intéressée par une admission doit pouvoir lire ce document en tout temps. Son accord est indispensable pour la transmission de ces informations à la direction du foyer.*

Rempli  par  avec : ..... le .....

Fonction ..... Service.....

N° de Tél..... Email .....

### Données administratives

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Nationalité :
Origine :	Religion/confession :
État civil :	Etranger : type de permis: Echéance du permis :
Domicile :	
Tél privé :	N° de natel :

### Revenus

Rente AI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> OUI, depuis le :	PC (prestations complémentaires) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Autres revenus :	
<b>Formulaires SPAS à remplir et à nous retourner :</b>	
▶ Demande d'aide individuelle à l'hébergement, placement institutionnel	
▶ État de la fortune et des revenus	
<input type="checkbox"/> Formulaires joints à la demande <input type="checkbox"/> par courrier séparé	
N° AVS :	Assurance maladie :
	N° assurance :

### Si Représentant légal de curatelle:

<input type="checkbox"/> Demande de curatelle en cours <input type="checkbox"/> Etablie depuis le : Pour :	Nom du curateur:
<input type="checkbox"/> Curatelle d'accompagnement <input type="checkbox"/> Curatelle de coopération <input type="checkbox"/> Curatelle de représentation <input type="checkbox"/> Curatelle de portée générale	Adresse :
	Tél :
	En fonction depuis le :

**Décrivez brièvement votre situation de vie, de logement, d'activité :**

**Quelle(s) problématique(s) ou difficulté(s) vous amène(nt) à demander votre admission au foyer ?**

**Parmi les compétences suivantes, lesquelles souhaiteriez-vous améliorer ?**

- 1. Accomplir les tâches domestiques
- 2. Dialoguer interactivement
- 3. Établir de bonnes relations
- 4. Coopérer
- 5. Développer ses motivations
- 6. Réaliser des projets personnels
- 7. Gérer l'espace et le temps
- 8. Avoir de l'estime pour soi-même
- 9. Se responsabiliser
- 10. Agir en sécurité
- 11. Gérer les stress
- 12. Agir dans un cadre donné

**Parmi les domaines de vie suivants, lesquels souhaiteriez-vous développer ?**

- 1. Les soins personnels
- 2. Les facultés intellectuelles
- 3. La condition physique
- 4. Les comportements relationnels
- 5. Les affaires administratives
- 6. Le travail et les occupations
- 7. L'habitat et le logement
- 8. Les relations sociales
- 9. La vie familiale
- 10. Les déplacements
- 11. Les loisirs
- 12. La vie communautaire

**Qu'est-ce qui vous motive à demander votre admission et pour quel(s) projet(s) ?**

**Quels sont les objectifs que vous avez déjà réalisés? Quelles sont vos ressources personnelles ?**

**Votre état de santé nécessite-t-il des soins réguliers, particuliers ou préventifs ?**

NON OUI : spécifiez l'affection dont vous êtes atteint (y compris les maladies sexuellement transmissibles, MST) et les soins ou moyens nécessaires (moyens auxiliaires, traitement en cours, type de prévention, consultation spécialisée, etc.) :

**Votre suivi médical est assuré par :**

Médecin psychiatre : Nom / Adresse / Tél :	
Médecin généraliste : Nom / Adresse / Tél :	
Autre médecin spécialiste : (mentionnez la spécialité) Nom / Adresse / Tél :	

**Autres intervenants psychosociaux de votre réseau:**

(Psychologue, assistant social, MSP, éducateur, ergothérapeute, art thérapeute, autres référents)

Nom / Fonction / Adresse / Tél :
Nom / Fonction / Adresse / Tél :
Nom / Fonction / Adresse / Tél :

**Quelles sont les proches tenus et/ou à tenir au courant de votre situation ?**

Parents / (Père / Mère) Nom / Adresse / Tél :	
Conjoint Nom / Adresse / Tél :	
Autres personnes de référence Nom / Adresse / Tél :	
Enfant(s) ( <i>indiquer l'âge</i> ) Nom / Adresse / Tél :	

**Dans quelles institutions, pensions, structures d'accueil avez-vous déjà séjourné ?**

Nom et lieu :	De :	A :

**Relation et dynamique socio-familiale**

<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> parents séparés <input type="checkbox"/> parents divorcés <input type="checkbox"/> père décédé <input type="checkbox"/> mère décédée <input type="checkbox"/> a été adopté(e) par ses parents <input type="checkbox"/> a un ou des enfants <input type="checkbox"/> d'autres personnes de la famille sont suivies en raison de difficultés psychiques ou sociales	<i>Précisions (mention facultative):</i>
--	--

**Faits marquants du parcours de vie / Comportements à risque**

<input type="checkbox"/> a été sans domicile <input type="checkbox"/> est SDF <input type="checkbox"/> a eu des problèmes de délinquance <input type="checkbox"/> a été incarcéré(e), pour quel motif ? <input type="checkbox"/> a été victime d'abus sexuel <input type="checkbox"/> a fait une (des) tentative(s) de suicide <input type="checkbox"/> peut faire preuve d'agressivité forte <input type="checkbox"/> peut s'automutiler <input type="checkbox"/> consomme <input type="checkbox"/> a consommé des drogues <input type="checkbox"/> a eu <input type="checkbox"/> a des problèmes d'abus d'alcool <input type="checkbox"/> a eu <input type="checkbox"/> a des troubles alimentaires <input type="checkbox"/> prend des médicaments non prescrits <input type="checkbox"/> ne respecte pas ou peu le traitement <input type="checkbox"/> autres faits marquants	<i>Précisions (mention facultative):</i>
--	--

**Parcours scolaire / études / formation professionnelle**

<input type="checkbox"/> école primaire complète <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/> école spécialisée <input type="checkbox"/> voie secondaire (gymnase) <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> école professionnelle <input type="checkbox"/> apprentissage complet <input type="checkbox"/> non terminé <input type="checkbox"/> pas de formation	<i>Précisions (mention facultative):</i>
---	--

**Professions / Travail / Occupation :**

<input type="checkbox"/> est employé professionnellement <input type="checkbox"/> a eu un emploi professionnel <input type="checkbox"/> n'a jamais eu d'activité professionnelle <input type="checkbox"/> actuellement sans activité <input type="checkbox"/> travail en atelier protégé <input type="checkbox"/> a travaillé en atelier protégé <input type="checkbox"/> refuse de travailler en atelier protégé <input type="checkbox"/> travail de développement personnel <input type="checkbox"/> autres ou projet d'activité à venir	<i>Précisions (mention facultative):</i>
--	--

**Domaine juridique et administratif :**

<input type="checkbox"/> gère seul(e) courriers et factures <input type="checkbox"/> a besoin d'aide <input type="checkbox"/> a des dettes <input type="checkbox"/> est l'objet de poursuites <input type="checkbox"/> est l'objet de mesures légales ou judiciaires	<i>Précisions (mention facultative):</i>
---	--

**Parcours du soutien psychosocial :**

Date des premières demandes de soutien psychosocial : (la mention de l'année est suffisante)	
Date de votre première hospitalisation en clinique psychiatrique : <i>Clinique de :</i>	
Date de votre dernière hospitalisation en clinique psychiatrique : <i>Clinique de :</i>	

**Diagnostic médical et traitement médical :**

Quel est le diagnostic médical concernant vos difficultés ou troubles psychiques ?

Depuis quand avez-vous connaissance de ce diagnostic médical :

Comprenez-vous ce diagnostic ?

OUI  En partie  NON

Acceptez-vous ce diagnostic ?

OUI  En partie  NON

Quels médicaments vous sont-ils actuellement prescrits ? Et depuis quand ?

Comment ces médicaments vous conviennent-ils ?

Très bien  Bien  Moyennement bien  Un peu  Pas assez  Pas du tout  Je voudrais en changer

Comment les prenez-vous ?

De façon autonome  Par distribution hebdomadaire  Par distribution quotidienne

A quel rythme ?  Régulièrement  Irrégulièrement  En réserve, selon les besoins  Sur rappel

**Si votre demande n'est pas volontaire et/ou qu'elle est exigée par quelqu'un :**

Quelle(s) personne(s), quel service ou quelle mesure légale vous oblige, vous contraint ou vous pousse à une admission en foyer ?

Que vous arriverait-il si vous n'acceptez pas une admission ?

Quelles sont les attentes de la personne ou du service qui demande votre admission ?

Comment les personnes qui exigent votre admission sauront que vous avez répondu à leurs attentes ?

**Informations complémentaires :**

**1) Evénement(s) marquant de l'histoire de vie / événements familiaux / particularités personnelles / besoins personnels / habitudes particulières, etc.**

**2) Si votre demande est conditionnée par une mesure de placement à fin d'assistance PLAFa, indiquer brièvement les raisons :**

**3) Directives anticipées (selon art. 370 du Code civil / brochure de réf. Pro mente Sana)  
Sans réponse, il sera considéré qu'il n'y a pas de directives anticipées, ni souhait d'en réaliser.**

Déjà existantes et déterminées - à transmettre pour l'entretien d'admission

Non existantes et souhaite déterminer des directives anticipées avec : \_\_\_\_\_

Ne souhaite pas de directives anticipées.

**Autres documents  joints au formulaire /  transmis lors de la demande:**

*L'autorisation de transmission de la personne faisant la demande est indispensable et confirmée ci-dessous par sa signature.*

Document médico-social de transmission (DMST)      Daté du \_\_\_\_\_

Résumé / Anamnèse médicale      Daté du \_\_\_\_\_

Bilan /  Synthèse      Daté du \_\_\_\_\_

Copie de la demande AI (en cours)      Daté du \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_      Daté du \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée : \_\_\_\_\_