Le Rôtillon
FONDATION DE L'ORME

Demande d'admission

- ☐ Structure d'hébergement communautaire transitoire
- ☐ Soutien communautaire d'intensité variable - Equipe mobile
- ☐ Accueil de jour - Centre d'activité orienté sur le rétablissement

Identité

Nom	Prénom
Sexe	Date d'admission souhaitée
Date de naissance	Lieu de naissance
Etat civil	Profession
Origine	Nationalité
Domicile légal	
No téléphone	No AVS
Assurance maladie	No d'assuré

Droits sociaux

Êtes-vous au bénéfice de l'AI	☐ oui ☐ non	**Êtes-vous au bénéfice des PC**	☐ oui ☐ non
si oui, déposée le		si non, demande en cours	☐ oui
si non, demande en cours	☐ oui	déposée le	
si non, date du refus		si non, raison	☐ LPP ☐ excédent, montant CHF
Êtes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotence	☐ oui ☐ non	**Êtes-vous au bénéfice d'une rente LAPRAMS**	☐ oui ☐ non
si oui, déposée le			
si non, demande en cours	☐ oui		
si non, date du refus			
Êtes-vous au bénéfice du RI	☐ oui ☐ non		
si oui, CSR de			

Logement

Où vivez-vous actuellement ?

- ☐ à domicile (préciser l'adresse)

  Le bail est-il à votre nom ☐ oui ☐ non

- ☐ dans un autre foyer (préciser lequel)
- ☐ à l'hôpital (préciser lequel)
- ☐ je n'ai pas de domicile fixe
- ☐ je cherche un appartement

Êtes-vous en possession de la carte verte

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ demande en cours

- ☐ autre

Assurance RC

- ☐ oui - **Si oui, préciser laquelle et joindre une copie de la police**
- ☐ non

Gestion administrative et financière

Curateur

- ☐ Curateur SCTP (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)
  (joindre une copie de l'acte de nomination)

Type de curatelle

- ☐ d'accompagnement
- ☐ représentation et gestion
- ☐ de portée générale

- ☐ Curateur privé (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)
  (joindre une copie de l'acte de nomination)

Mesures civiles

❑ Mesures ambulatoires

❑ Placement à fin d'assistance - PAFA **(joindre ordonnance)**

Mesures pénales

❑ Type de mesure, merci de préciser

Famille, entourage

Avez-vous une personne de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

❑ Représentant thérapeutique

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

❑ Représentant thérapeutique

Réseau professionnel

Avez-vous / avez-vous eu un médecin généraliste (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email) ?

Avez-vous / avez-vous eu un médecin psychiatre (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email) ?

Avez-vous / avez-vous eu un autre(s) professionnel(s) de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email) ?

- ❑ Case manager liaison- hébergement
- ❑ Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation K.Jaspers
- ❑ Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation E. Minkowski
- ❑ Unité de psychiatrie mobile - suivi intensif dans le milieu
- ❑ Service de médecine des addictions
- ❑ autre

Avez-vous / avez-vous eu une assistante sociale (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email) ?

Avez-vous une autre personne qui vous accompagne dans la gestion de votre vie au quotidien ?
(nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Commentaires

❑ Personne utilisatrice ❑ Personne en charge de la curatelle ❑ Personne responsable administrative

Racontez-nous brièvement votre histoire de vie

Selon vous, quelle est votre problématique ?

Quel est votre projet de rétablissement ?

Quelles sont vos ressource(s) personnelle(s) ou facteurs(s) de protection ?

Quels sont vos facteur(s) de risque (potentiel(s) ou avéré(s) ?

Rédigé par:

Date: Signature:

Gestion et prise de votre traitement

❑ Adhésion au traitement

❑ 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:

❑ Service de médecine des addictions (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)

❑ Pharmacie (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)

Médicament, dosage	Matin	Midi	Soir	Nuit
Réserves				

Traitement prescrit par:

Date de la dernière évaluation du traitement:

Envoi du document

Merci de signer électroniquement la page 6 et de nous envoyer le formulaire par email à:

admissions@lerotillon.ch

Vous pouvez également imprimer le document, le signer et nous l'envoyer par courrier postal à:

Le Rôtillon
Rue du Rôtillon 5
1003 Lausanne

Nous vous rendons attentif au fait que le présent formulaire doit être dûment **rempli** et **signé** afin de pouvoir être vaildé par le Rôtillon dans les meilleurs délais.

Merci de votre collaboration!

IMPRIMER

Préavis Direction des soins

NE PAS REMPLIR

❑ Favorable ❑ Préavis défavorable (en expliquer brièvement les raisons)

Entretien d'admission - décision CODIR

❑ Admission validée

❑ Date d'entrée le:

❑ Contrat d'hébergement envoyé le:

❑ Admission refusée (en expliquer brièvement les raisons)

Date Signature