



Ligne d'accueil
des demandes (LAD)
T 022 420 20 20
F 022 420 20 21
lad_imad@imad-ge.ch

A ENVOYER PAR MAIL
lad_imad@imad-ge.ch

Demande de prestations aide et soins à domicile et séjour en UATR

Nom du client : Prénom :

☐ M ☐ F Etat civil : Date de naissance : N° client (si connu)

Nationalité : N° AVS :

Adresse de résidence :

NPA et localité : Tél. :

Chez : Etage :

Représentant légal :

Situation familiale : ☐ vit seul ☐ conjoint ☐ enfants autres :

Nom du demandeur :

☐ inf. EMD ☐ inf. hospitalière ☐ inf. liaison ☐ ergothérapie ☐ assistant social

☐ coord.social ☐ médecin ☐ client ☐ proche aidant

Institution : Date de sortie :

Département / unité : Tél. :

Médecin traitant : Tél. :

Personne à contacter / lien avec le client :

..... Tél. :

Prestations demandées

☐ soins infirmiers ☐ soins de base / corporels ☐ diététique

☐ aide au ménage / aide à la famille ☐ ergothérapie ☐ repas portage à domicile

☐ consultation parents / enfants ☐ changement de médecin / assurance ☐ sécurité à domicile

☐ IEPA

Prestations demandées UATR/UAT Séjour du : au :

☐ UATR Les Jumelles ☐ UATR Villereuse ☐ UAT Mervelet

Motif de traitement : ☐ maladie ☐ accident ☐ invalidité ☐ autres

Motifs : ☐ hospitalisation proche aidant ☐ épuisement / vacances proche aidant

☐ problème d'environnement ☐ prolongation de séjour ☐ demande du client ☐ autre motif

Formulation résumée de la demande / fréquence

.....

.....

.....

Intervention dès le : autres intervenants :

Visa :

Date :