

DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICAL OU UN EMS

**RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL**

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier  
A renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né-e le : \_\_\_\_\_

Domicilié-e à : \_\_\_\_\_

Ancienne profession : \_\_\_\_\_

Médecin traitant habituel : \_\_\_\_\_

Où se trouve le patient actuellement ?  
Depuis quand ?  
Pourquoi ?

Motif de la demande :

Antécédents personnels et hospitalisations, allergies :  
(merci de joindre une copie des lettres de sorties)

Diagnostics actuels :

.....✂.....✂.....✂..... A détacher.....✂.....✂.....✂.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Le médecin soussigné certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur

né-e le \_\_\_\_\_ domicilié-e à \_\_\_\_\_

a été traité-e ambulatoirement / hospitalisé-e à \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ et que son état de santé nécessite un séjour hospitalier

à \_\_\_\_\_ dès le \_\_\_\_\_

Assurance  maladie  
 accident

Il s'agit d'une suite de traitement

de brève durée  
 de durée prolongée  
(en provenance uniquement de l'HC)

Il s'agit d'un cas relevant de 1. l'assurance invalidité (AI)   
2. l'assurance spéciale SVK

Date : \_\_\_\_\_

**Timbre et signature du médecin**

Éléments importants du statut somatique :

**Poids :** \_\_\_\_\_ **Peau (escarres) :** \_\_\_\_\_

**Taille :** \_\_\_\_\_ **Autres :** \_\_\_\_\_

**Traitement en cours :**

**Données médicales sur l'état d'autonomie**

**psychique** problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ?

état thymique, trouble du caractère ?

trouble du sommeil ?

**sensorielle** vue, audition ?

**locomotrice** toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ?

**problèmes de continence** comment sont-ils résolus actuellement ?

**Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?**

**Autoagressivité**  oui  non

**Hétéroagressivité**  oui  non

**Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?**

**Date :** \_\_\_\_\_ **Timbre et signature :**

**NE RIEN ECRIRE SUR CET EMPLACEMENT**