

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.....✂.....✂.....✂.....

CERTIFICAL 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