

DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

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 à:**.....

Ancienne profession:..... **Médecin traitant habituel:**.....

Où se trouve le patient actuellement?

Depuis quand?

Pourquoi?

Motif de la demande:

Antécédents personnel et hospitalisations, Allergies:

(merci de joindre une copie des lettres de sorties)

Diagnostics actuels:

Eléments importants du status somatique:

Poids:..... Peau (escarres):.....

Taille:..... Autre/s:.....

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?

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: