

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 personnels et hospitalisations, Allergies :

(merci de joindre une copie des lettres de sorties)

Diagnostics actuels :

Éléments 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