

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 :