

# Demande d'admission dans un établissement pour personnes âgées

## Rapport médical confidentiel

*A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et à 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 :**

**Nom :** .....

**Adresse :** .....

**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 statut somatique :**

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

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

**Traitements en cours :**

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

**Psychique :** Problèmes amnésiques, 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 :** Comment sont-ils résolus actuellement ?  
**continence**

.....  
.....

**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 ?** oui  non

**Date :** ..... **Timbre et signature :**