

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 ----- ✂

CERTIFICAT 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 Il s'agit d'une suite de traitement de brève durée
 accident 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
(Fédération suisse des tâches communes des caisses maladie)

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 amnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ? :

état thymique, trouble du caractère ? :

troubles 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

NE RIEN INSCRIRE SUR CET EMPLACEMENT