

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



Association EMS BON-SÉJOUR
Route de Sauverny 8
1290 Versoix
tél. +41 22 775 24 24
fax +41 22 755 69 18

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 sortie)

Diagnostics actuels : _____

Éléments importants du statut 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 (moyens auxiliaires), transfert ?

**Problèmes de
continence**

comment sont-ils résolus actuellement ?

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

Régimes :

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 :