



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 répondant de l'établissement

EMS NOUVEAU KERMONT
A l'attention du médecin répondant
Chemin des Châtaigniers 24
1292 Chambésy

Nom : Prénom :

Né(e) le : Domicilié(e) à :

Ancienne profession :

Nom et adresse du médecin traitant habituel :

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) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnosics actuels :

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments importants su statut somatique :

Poids:

Peau (escarres) :

Taille :

Autre(s)

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychique D'agitation	❖ Problèmes amnésiques, d'orientation, de praxies :
	❖ État typique, troubles du caractère :
	❖ Troubles du sommeil :
Sensorielle	❖ Vue, audition
Locomotrice transfert	❖ Toilette, habillage, marche (moyens auxiliaires)
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 sera-t-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?

Oui Non

Date :

X

Timbre et signature