

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 mnésiques, 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