

**DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICAL OU UN EMS**

**RAPPORT MÉDICAL 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 :

Née le :

Domiciliée à :

Ancienne profession :

Médecin traitant habituel :

Où se trouve le patient actuellement ? :

Depuis quand ? :

Pourquoi ?

Motif de la demande :

Antécédents personnels et hospitalisations :  
(merci de joindre une copie des lettres de sorties)

Diagnosics actuels :

**Éléments importants du status 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 ? :

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 EMLACEMENT**