VAL FLEURI
LIEU DE VIE EMS

DEMANDE D'ADMISSION
DANS UN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et
à renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement

Nom : Prénom :

Né(e) le : Domicilié à :

Ancienne profession : Médecin traitant habituel :

Nom :

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)

Diagnostics actuels :

Eléments importants du statut somatique :

Poids : Peau (escarres) :

Taille : Autre/s :

Traitement en cours :

Données médicales sur l'état d'autonomie

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

état thymique, trouble du caractère ? :

trouble 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 ? ☐ oui ☐ non

Date : Timbre et signature :

Enregistrer le formulaire et les données saisies

Imprimer