

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 Résidence VAL FLEURI Route de Vessy 7 1206 Genève

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

Le médecin soussigné certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur

Né(e) le

Domicilié(e) à

a été traité(e) ambulatoirement /hospitalisé(e) à

Du
séjour hospitalier à

au

et que son état de santé nécessite un
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

Eléments 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 et de vous déplacer ? Oui Non

Date

Timbre et signature

~~NE RIEN INSCRIRE SUR CET EMPLACEMENT~~