

# DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

## 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 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 :

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 ? :

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 ?

**Date :**

**Timbre et signature**









