

DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO SOCIAL

**RAPPORT MEDICAL - CONFIDENTIEL**

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier  
A renvoyer sous pli fermé au médecin répondant de l'établissement

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

Ancienne profession : \_\_\_\_\_

Nom du 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 :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eléments 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 :** \_\_\_\_\_