

**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

APEEL Association Pour Exploitation de l'EMS le Léman
Route d'Hermance, 30 – 1222 Vézenaz info@residenceleleman.ch
Médecin Répondant : Dresse Fayolle

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 de la lettre de sortie)

Diagnosics actuels :

Éléments importants du statut somatique :

Poids : _____

Peau (escarres) : _____

Taille : _____

Autres : _____

Traitement en cours :

Données médicales sur l'état d'autonomie

Psychique Problème 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 ?

Problème 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 :