

! Ces documents doivent être remplis par le médecin !

RAPPORT MEDICAL EN VUE DE L'ADMISSION

CANDIDAT :

NOM : PRENOM :

ETAT CIVIL : NE(E) LE :

DOMICILE :

PROFESSION : NOMBRE D'ENFANTS :

DMG : OUI - NON

1) MOTIVATION DE L'ENTREE :

.....
.....

La personne est-elle « encadrée » par des parents, amis ou voisins :

REGULIEREMENT - RAREMENT - PAS DU TOUT

L'entrée est-elle PRINCIPALEMENT une initiative de :

- L'INTERESSE(E)
- LA FAMILLE
- LE MEDECIN TRAITANT
- L'ENTOURAGE

2) ANTECEDENTS PERSONNELS :

a) Médicaux :

.....
.....

b) Chirurgicaux :

.....
.....

c) Vaccins :

	DATES				
TÉTANOS					
HÉPATITES					
GRIPPE					
PNEUMONIE					
DIVERS					

3) EXAMEN CLINIQUE :

a) Tension artérielle :

- b) Pouls :
c) Poids :
d) Autre(s) :

4) PATHOLOGIE(S) ACTUELLE(S) :

5) EVALUATION DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGEE :

A. SUR LE PLAN PSYCHO-SOCIAL :

Cette personne est-elle :

- insomnique : NON - RAREMENT - SOUVENT
- dépressive : NON - LEGEREMENT - NETTEMENT
- généralement : « collaborante » et de contact facile : OUI - NON
- désorientée dans le temps et/ou l'espace : NON – EPISODIQUEMENT – CONSTAMMENT

Cette personne occupe habituellement ses journées par :

LECTURE - RADIO/TV - TRICOT/COUTURE - « RIEN » - autres

B. SUR LE PLAN PHYSIQUE :

Cette personne peut-elle s'alimenter sans aide ? OUI - NON

Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?

Cette personne est-elle actuellement capable

- a) de se déplacer SANS AIDE
- du lit au téléphone OUI - NON
 - d'une pièce à une autre OUI - NON
 - d'un étage à un autre, par ascenseur
OUI - NON - DIFFICILEMENT
- b) d'assurer SANS AIDE
- une « petite » toilette quotidienne OUI - NON
 - une « propreté intime » minimale OUI - NON

Cette personne est-elle incontinente ? - URINES : NON - EPISODIQUEMENT - OUI

- SELLES : NON - EPISODIQUEMENT - OUI

6) SOINS EN COURS :

- DIETETIQUE :
- SOINS INFIRMIERS :
- KINE – PHYSIOTHERAPIE :
- AUTRES :

Je certifie, au vu du résultat de l'examen radiologique des poumons, dont copie est jointe au présent rapport, et de l'examen du patient, que M
n'est atteint(e) d'aucune affection contagieuse.

CACHET

DATE

SIGNATURE