



Résidence Amitié

1, rue Baudit – 1201 Genève
Tél : +41(0)22 919 95 95
Fax : +41(0)22 740 30 11
CCP : 12-3485-9

Demande d'admission Rapport médical

FO-005

CONFIDENTIEL

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et à renvoyer sous pli fermé à l'attention du médecin répondant de l'établissement.

Nom : Prénom :
Né(e) le : Domicilié à :
Ancienne profession : Médecin traitant habituel :
Nom :
Adresse :

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 statut somatique :
Poids : Peau :
Taille : Autres :

Traitement en cours :
.....
.....
.....
.....



Demande d'admission

Rapport médical

FO-005

Données médicales sur l'état d'autonomie

Psychique problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ?

.....

état thymique, troubles du caractère ? :

.....

troubles du sommeil ? :

.....

Sensoriel : vue, audition ? :

.....

Toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ? :

Locomoteur :
.....

Problème d'incontinence : comment sont-ils résolus actuellement ? :

.....

Avez-vous d'autres informations 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 ? oui

non

Date : Timbre et signature :

.....
