

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(e) 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 :

Eléments importants du status somatique :

Poids :	Peau (escarres) :
Taille :	Autre/s :

Traitement en cours :

