

Certificat médical en vue de l'admission à l'EMS

(à retourner à l'att. du médecin répondant)

Nom : Prénom : Né (e) le :

Originaire de : Profession : Confession

Domicile :

.....

En traitement à :

.....

Motif de la demande :

.....

Antécédents personnels importants :

.....

.....

Affection actuelle (évolution) :

.....

.....

Système cardio-vasculaire :

.....

Tension artérielle :

.....

Système nerveux :

.....

Etat psychique (agitation, insomnie, sénilité, orientation dans le temps et dans l'espace) :

.....

.....

Traits de caractère :

.....

.....

(voir au dos)

Systeme digestif :

Y-a-t-il une incontinence fécale : oui/non

Urinaire : oui/non

Systeme génito-urinaire :

Systeme respiratoire :

Résultat récent d'un examen radiologique ou radioscopie du thorax :

Poids : Taille :

Le pensionnaire peut-il marcher seul : Avec aide

Avec chaise roulante

Peut-il s'habiller seul : Avec aide partielle

Avec aide totale

Accepterait-il de partager une chambre avec un autre pensionnaire :

Régime alimentaire :

Peut-il manger seul : Avec aide partielle

Avec aide totale

Résultat récent des examens de laboratoire importants :

Traitement actuel :

Autres renseignements et intérêts particuliers :

Date :

Signature et timbre
du médecin traitant