



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

à retourner à l'attention du médecin répondant  
→ EMS Eynard-Fatio, 1 bis ch. Pré-du-Couvent, 1224 Chêne-Bougeries  
info@ems-eynardfatio.ch

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