

# DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT MEDICAL OU UN EMS

## 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 des établissements des  
Résidences Notre-Dame - 7, rue Philippe-Plantamour - 1201 Genève

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)

Diagnosics actuels :

✂----- ✂----- ✂----- ✂-----A détacher----- ✂----- ✂----- ✂-----

### CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin soussigné certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur

Né(e) le

Domicilié(e) à

a été traité(e) ambulatoirement /hospitalisé(e) à

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ et que son état de santé nécessite un  
séjour hospitalier à \_\_\_\_\_ dès le \_\_\_\_\_

Assurance  maladie Il s'agit d'une suite de traitement  de brève durée

accident  de durée prolongée

(en provenance uniquement de l'HC)

Il s'agit d'un cas relevant de 1) l'assurance - invalidité (AI)

2) l'assurance spéciale SVK

(Fédération suisse des tâches communes des caisses maladie)

Date

Timbre et signature du médecin

**Éléments importants du statut somatique :**

**Poids :** **Peau (escarres) :**

**Taille :** **Autres :**

**Traitement en cours :**

**Données médicales sur l'état d'autonomie**

**psychique** problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ? :

état thymique, trouble du caractère ? :

troubles du sommeil ? :

**sensorielle** vue, audition ? :

**locomotrice** toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ? :

**problèmes de continence** comment sont-ils résolus actuellement ? :

**Avez-vous d'autres éléments importants 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 et de vous déplacer ?  Oui  Non

**Date**

**Timbre et signature**

~~NE RIEN INSCRIRE SUR CET EMPLACEMENT~~