



# 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)

.....  
.....  
.....

Diagnosics 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 : .....

.....

.....