

**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 de l'établissement  
Résidence de la Champagne Route du Creux-de-Boisset 44, 1286 Soral, Suisse

**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 :**

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

**CERTIFICAT**

Le médecin soussigné certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur

Né(e) le

Domicilié(e) à

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

Du  
séjour hospitalier à

au

et que son état de santé nécessite un  
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**

**Eléments 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~~