



CERTIFICAT MEDICAL

Date d'inscription.....

ETABLI PAR LE MEDECIN TRAITANT EN VUE DE L'ENTREE :

- en Maison de Retraite / Soins Courants

- en Maison de Retraite / Cure Médicale

Nom Prénom

Né (e) le à

Adresse.....

Situation de famille :

I. Motif (s) de la demande d'admission (médicaux et/ou sociaux)

II. Affections médicales présentées par votre patient :

- Pathologie(s) chronique(s) stabilisées(s) :

- Pathologie(s) évolutive(s) ou aiguë (s)

III. Antécédents pathologiques (médicaux, chirurgicaux, traumatiques, psychiatriques...)

IV. Hospitalisations des 5 dernières années (services hospitaliers et cliniques, hôpitaux psychiatriques...)

V. Votre patient a-t-il déjà séjourné en établissement d'hébergement ?

OUI

NON

Si oui

où :

quand :

combien de temps :

pourquoi l'a-t-il quitté ? :

VI. De quels traitements relève actuellement votre patient ?

- traitements médicamenteux et posologie :

- allergies :

- soins infirmiers réguliers : escarres, ulcères de jambe, entretien de sondes ...

- soins de rééducation :

- régimes :

VII.Appréciation du degré d'autonomie :

- Le patient marche
 - seul
 - avec une canne
 - avec un cadre de marche
 - avec l'aide de quelqu'un
- Se déplace-t-il en fauteuil roulant ? OUI NON
- Sort-il seul de son lit ? OUI NON
- Va-t-il seul aux W.C. ? OUI NON
- Assure-t-il tous ses transferts seul ? OUI NON
- Est-il incontinent ?
 - Urinaire : OUI NON
 - porte une sonde urinaire
 - Fécal : OUI NON
- Se lave-t-il seul ? OUI NON
- S'habille-t-il seul ? OUI NON
- Mange-t-il seul ? OUI NON
 - avec prothèse OUI NON
- Est-il malvoyant ? OUI NON
 - avec lunettes OUI NON
- Est-il malentendant ? OUI NON
 - avec prothèse OUI NON
- Le patient présente-t-il des troubles du comportement ?
OUI NON
Précisez lesquels :
 - Agitation OUI NON
 - Cris OUI NON
 - Agressivité OUI NON
- Présente-t-il des troubles du sommeil ?
OUI NON
Précisez lesquels :
- Présente-t-il des troubles du langage ?
OUI NON
Précisez lesquels :
- Présente-t-il des troubles de la compréhension ?

OUI NON

Précisez :

- Est-il désorienté ?

OUI NON

Précisez lesquels :

- A-t-on déjà pratiqué une évaluation de l'autonomie de votre patient en Hôpital de Jour ?

OUI NON

A quelle date ? :

Dans quelle structure ? :

- Votre patient a-t-il bénéficié d'une évaluation selon la grille AGGIR ?

OUI NON

Si oui : date.....

classement GIR :

VIII. Mode de vie actuel :

- Logement : (état, nombre de pièces, étage, ascenseur, sanitaires ...)

Le patient y vit-il seul ?

OUI NON

Sinon, avec qui y vit-il ? : conjoint enfant autre

précisez le nombre total de personnes vivant dans ce logement :

Nombre d'enfants vivants :

- Le patient a-t-il le sentiment d'être isolé ? OUI NON

- A-t-il déjà bénéficié des structures d'aides au maintien à domicile ?

services de soins à domicile OUI NON

services des aides ménagères OUI NON

services du portage des repas OUI NON

services d'un centre de jour OUI NON

Dame de compagnie OUI NON

- Dispose-t-il d'un équipement spécial ? OUI NON

si oui, précisez : télé-alarme, lit d'hôpital, perroquet, barre d'appui, matelas anti-escarre, fauteuil roulant, déambulateur, rehausse W.C., chaise percée.

- Quelles sont ses occupations et distractions quotidiennes ?

IX. L'intéressé demande-t-il à entrer en établissement d'hébergement ?

OUI NON

Recherche-t-il le contact avec les autres

OUI NON

La personne est-elle informée de la demande ?

OUI NON

La personne est-elle consentante

OUI NON

Précisez : peut comprendre

ne peut pas comprendre

X. Pronostic fonctionnel :

- Aggravation lente prévisible :
- Aggravation rapide :
- Etat stabilisé :
- Amélioration possible :
-

XI. Autres informations utiles (en particulier, motifs justifiant l'éventuel caractère urgent de la demande et examens complémentaires pratiqués)

Date :

Nom du Médecin traitant , téléphone,

Signature et cachet :