

**DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES  
RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL**

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et à renvoyer sous pli fermé au médecin répondant de l'établissement

**EMS La Châtelaine**

Dr. Philippe SCHALLER  
Médecin répondant

EMS La Châtelaine espace de vie  
Chemin de l'Ecu 1 – 1219 Châtelaine

**EMS Saint-Loup**

Dr. Alexandre AEBI  
Médecin répondant

EMS Saint-Loup espace de vie  
Passage J.F. Deshusses 2 – 1290 Versoix

Nom : ..... Prénom  
.....

Né(e) le : ..... Domicilié(e)  
à : .....

.....

Ancienne

profession :  
.....

Nom et adresse du 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) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Données médicales sur le plan :  
Diagnostics**

**actuels :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Traitement en  
cours :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p><b>Psychique D'agitation</b></p>	<p>❖ <b>Problèmes amnésiques, d'orientation, de praxies :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>❖ <b>État thymique, troubles du caractère :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>❖ <b>Troubles du sommeil :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Sensorielle</b></p>	<p>❖ <b>Vue, audition</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Locomotrice transfert</b></p>	<p>❖ <b>Toilette, habillage, marche (moyens auxiliaires)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Problèmes de confinence</b></p>	<p>❖ <b>Comment sont-ils résolus actuellement ?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Données médicales sur le plan :**

	<hr/> <hr/>
--	-------------

CONFIDENTIEL

**Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous sera-t-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ?

Oui       Non

Date : .....

**X**

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature