

RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL - UATR

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

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

Durée du séjour

Antécédents personnels et hospitalisations, allergies (merci de joindre une copie des lettres de sorties) :

Données médicales sur le plan :

Psychique D'agitation	❖ Problèmes amnésiques, d'orientation, de praxies :
	❖ État thymique, troubles du caractère :
	❖ Troubles du sommeil :
Sensorielle	❖ Vue, audition
Locomotrice transfert	❖ Toilette, habillage, marche (moyens auxiliaires)
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 sera-t-il possible de continuer à le suivre lors de son séjour en UATR ?

Oui Non

Date :

X

Timbre et signature