



Résidence EDELWEISS- 1, rue des Edelweiss ,7730 Estaimpuis (Belgique)

Tel : 0032 56 84 68 93 Fax : 0032 56 84 68 96

NOM et PRENOM du patient :

NOM DE JEUNE FILLE pour les dames :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS :

FUMEUR : oui – non *

N° de TEL DE LA PERSONNE A CONTACTER :

RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

(à remplir par le médecin traitant en concertation avec la famille)

Motricité : valide - semi- valide - invalide - grabataire *

Incontinence : urines : oui - non * selles : oui - non *

Activités de la vie journalière (AVJ) :

Le patient peut-il : - se laver seul oui – non *

- s'habiller seul oui – non *

- aller à la toilette seul oui – non *

- manger seul oui – non *

Désorientation :

		toujours	parfois	jamais
Le patient	est désorienté dans le temps			
	présente des difficultés pour se faire comprendre (aphasie,...)			
	présente un dérangement verbal (cris, agressivité, injures,...)			
	présente des pertes de notion de bienséance (comportement inadapté devant le couvert, se dévêtir, ...)			
	présente une agitation diurne (déambulation, fugue,...)			
	présente une agitation nocturne (errance, confusion jour/nuit,...)			
	présente un comportement destructeur (violence envers autrui et lui-même, agressivité, suicide,...)			

Alimentation : solide - mixée/moulinée - semi- liquide - parentérale *

REACTION du patient vis-à-vis de son éventuelle admission :

.....

* biffer les mentions inutiles

RAPPORT MEDICAL
(à remplir par le médecin traitant)

NOM et PRENOM du patient :

AFFECTION ACTUELLE :

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX (date et description) :

ALLERGIES :

INTOLERANCES MEDICAMENTEUSES

VACCINS :

PRONOSTIC EVENTUEL lors de l'admission :

TRAITEMENT actuel : Médication et dosage :

·	·
·	·
·	·
·	·
·	·

Régime alimentaire :

Kinésithérapie :

SOINS INFIRMIERS : - Escarres oui – non *
Si oui, localisation :

- Sonde gastrique oui – non *

- Sonde vésicale oui – non *
Si oui, date du dernier sondage :

DEFORMATIONS/ APPAREILLAGES éventuels :

Nous vous prions de bien vouloir ajouter à ce rapport médical les données suivantes éventuellement en votre possession :

- Un ECG récent
- Une RX thorax récente
- Le cas échéant, les RX relatives à l'affection actuelle
- Le Groupe sanguin
- Une copie des rapports d'opérations, résultats d'examens de labo, etc.... récents.

CERTIFICAT DE NON CONTAGION

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare que le patient ne souffre d'aucune maladie contagieuse et que les données ci-dessus correspondent à l'état réel du patient en date de la rédaction de ce rapport.

Fait à _____ le _____

(signature et cachet du médecin)