

**DEMANDE D'ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES  
RAPPORT MEDICAL 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. Phuc DUONG  
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) : .....

Demande d'admission : Rapport médical

**Diagnostics actuels :** .....

---

**Traitement en cours :** .....

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

**Traitement en cours :** .....

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

**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