



VAL FLEURI
LIEU DE VIE EMS

RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL UATR

*A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et
à renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement*

Nom du patient : Prénom :

Né(e) le Domicilié à :

Ancienne profession :

Médecin traitant habituel Nom, Prénom :

Adresse :

Motif de la demande :

Durée du Séjour du au

Où se trouve le patient actuellement ? :

Depuis quand ? :

Pourquoi ? :

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

Diagnostics actuels :



Eléments importants du statut somatique :

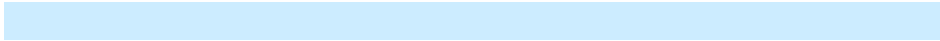
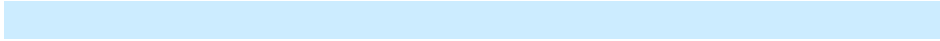
Poids : Peau (escarres) :

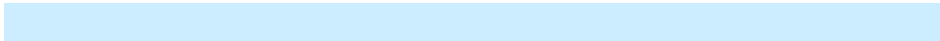
Taille : Autre/s :

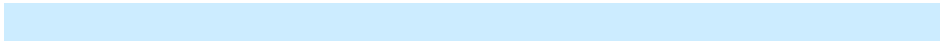
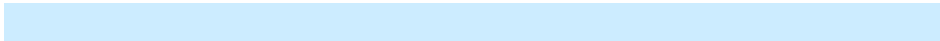
Traitement en cours :

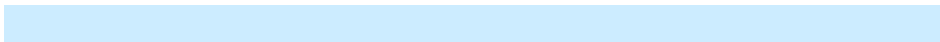
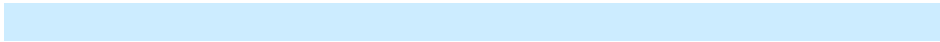
Données médicales sur l'état d'autonomie



Psychique: problèmes amnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ? :





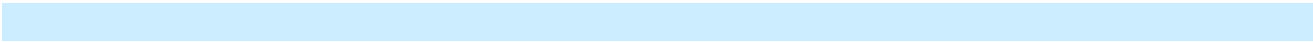
état thymique, trouble du caractère ? :



trouble du sommeil ? :


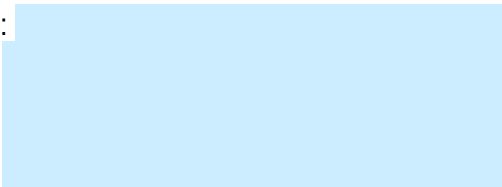
Sensorielle : vue, audition ? :



Locomotrice : toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ? :



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 est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'établissement ? oui non

Date : 

Timbre et signature : 