



FONDATION LES BRUYÈRES

RÉSIDENCE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

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

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier  
A renvoyer sous pli fermé au médecin chargé de la surveillance médicale de l'établissement  
**Résidence les Bruyères -Dr Karine VAN DER KOOI**  
**5, rue Louis-Curval - 1206 GENEVE (FAX 022.702.13.10)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Domicilié à : \_\_\_\_\_

Ancienne profession : \_\_\_\_\_ 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)

Diagnostics actuels :

Éléments importants du status somatique :

poids : \_\_\_\_\_ Peau (escarres) : \_\_\_\_\_

taille : \_\_\_\_\_ Autres/s : \_\_\_\_\_

Traitement en cours :

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

**psychique** problèmes mnésiques, 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 ?

**Date :**

**Timbre et signature :**