



## 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,  
Route du Vallon 16 1224 Chêne-Bougeries**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Médecin traitant habituel :

Où se trouve la patiente actuellement ?

.....

Depuis quand ?.....

Pourquoi ?.....

Antécédents personnels et hospitalisations, Allergies :  
(Merci de joindre une copie des lettres de sorties)

.....

Diagnostics actuels :

.....

Éléments importants du statut somatique :

Poids:

Peau (escarres) :

Taille :

Autre (s) :

.....

Traitement en cours :

.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

❖ Psychique - Problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation ?

- Etat 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 ? :

❖ Directives anticipées En tant que médecin traitant, êtes-vous en possession de directives anticipées :

Oui

Non

---

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

---

Si vous êtes le(la) médecin traitant(e) habituel(le) de la patiente, vous est-il possible de continuer à la suivre après son entrée dans l'établissement ?

Date : .....

Date : .....

Visa de la médecin répondante du Foyer

Timbre et signature du médecin