

RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL - UATR

A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier et à renvoyer par mail : **UATR@espacedevie.ch**

CONCERNE :

Nom : Prénom
.....

Né(e) le : Domicilié(e)
à :

Nom et adresse du médecin traitant
habituel :
.....
.....

Merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre concernant votre patient :

N° de téléphone fixe : Horaires :

N° de téléphone portable :

Email :

Si vous êtes atteignable :

*Pour les urgences : oui / non
La nuit : oui / non
Le week-end et jour férié : oui / non*

Si vous n'êtes pas atteignable, veuillez indiquer quel(s) médecin(s) contacter :
.....

Nous avons un protocole de soins à l'EMS en cas d'absence du médecin traitant que vous pouvez nous demander si nécessaire pour l'administration de certains médicaments en réserve (antidouleurs, anxiolytique, antiallergique...)

Diagnostics actuels et comorbidités :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et hospitalisations (merci de joindre une copie des lettres de sorties) :

.....

.....

.....

.....

Traitements prescrits :

Merci de joindre à ce document une **ordonnance** comprenant tous les médicaments et traitements pris par votre patient avec le dosage et le plan de traitement y compris collyres, boissons protéinées, pansements...

Allergies :

.....

.....

Vaccins Covid : (date et nombre de dose)

.....

Réseaux de soins et environnement social :

.....

.....

.....

.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

Psychique D'agitation	❖ Problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies :
	❖ État thymique, troubles du caractère :
	❖ Troubles du sommeil :
Sensorielle	❖ Vue, audition
Locomotrice transfert	❖ Toilette, habillage, marche (moyens auxiliaires)
Problèmes de continence	❖ Comment sont-ils résolus actuellement ?

Demande d'admission : Rapport médical

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter :

.....
.....
.....

Suivi, objectifs pendant le séjour, projets :

.....
.....
.....
.....

Date :

X

Timbre et signature