



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 :

  

Éléments 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 ? :

Two light blue horizontal bars for text entry.

état thymique, trouble du caractère ? :

Two light blue horizontal bars for text entry.

trouble du sommeil ? :

One light blue horizontal bar for text entry.

Sensorielle : vue, audition ? :

Two light blue horizontal bars for text entry.

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

Two light blue horizontal bars for text entry.

Problèmes de Continence : comment sont-ils résolus actuellement ? :

Two light blue horizontal bars for text entry.

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

Three light blue horizontal bars for text entry.

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 : [light blue box for date entry]

Timbre et signature : [light blue box for stamp and signature]