

Situation Médicale*(à compléter par le Médecin - un courrier médical est souhaitable à l'entrée)*① Diagnostic actuel motivant la prise en charge :

.....

② Antécédents médicaux datés :

.....

③ Traitement en cours et soins (y compris pansements ...) :

.....

⇒ Oxygénothérapie OUI NON Précisez :⇒ Traitement de substitution (méthadone, subutex) OUI NON④ Renseignements complémentaires⇒ Est-il porteur de BMR (*Bactéries Multi-Résistantes*) : OUI NON⇒ Addictions OUI NON précisez

⇒ Régime Alimentaire

⇒ Poids Taille IMC

..... (*Indice de Masse Corporelle*)⑤ Objectif du séjour :

.....

⑥ Autonomie / Dépendance

	Alimentation	Toilette	Habillage	Contenance	Déplacement	Relationnel - Communication
Autonome						
Présence d'un tiers						
Aide partielle						
Dépendance						

⑦ Devenir à la sortie :⇒ Retour à domicile OUI NON⇒ Réhospitalisation OUI NON⇒ Placement à prévoir OUI NON**Malade adressé par** : (*cachet du médecin ou du service*)

Le Docteur

Etablissement

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone.

Code prescripteur

Code FINISS

Date

Signature du médecin