



À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ÉTABLISSEMENT DE VOTRE CHOIX

Fait le..... par (nom du médecin) :

Personne concernée

nom : prénom :
âge : poids : taille :

Motifs principaux de l'impossibilité du maintien à domicile ou dans l'institution précédente

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

Soins spécifiques

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

Consultation gériatrique : oui non

Consultation mémoire : oui non

Antécédents médicaux et chirurgicaux

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

Allergies connues

.....
.....

Mise à jour des vaccins (notamment antithétanique et antipneumococcique)

.....

Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance) :

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

Pathologie justifiant l'ALD

.....

Suivi par le médecin traitant en cas d'hébergement temporaire : oui non

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

