



MRPS

Maison de Retraite
du Petit-Saconnex

Demande d'admission en UATR - Rapport médical confidentiel

A remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier

A retourner à : ADMISSIONS

Nom **Prénom**

Date de naissance

Médecin traitant habituel

Où se trouve le patient actuellement Depuis quand ?

Pourquoi ?

Motif de la demande d'admission en UATR

.....

Antécédents personnels importants et hospitalisations (merci de joindre une copie des lettres de sorties)

.....

Affections récentes ou actuelles

.....

Allergies - médicamenteuse

- alimentaire

Examen clinique, éléments importants

.....

Poids - Taille - TA - Puls

Traitement actuel

.....

Régime alimentaire



MRPS

Maison de Retraite
du Petit-Saconnex

Degré d'autonomie

Locomotrice

- Peut manger seul **oui / non**
- Peut faire sa toilette seul **oui / non**
- Peut s'habiller seul **oui / non**
- Transfert seul **oui / non**
- Marche sans accompagnement **oui / non**
- Moyens auxiliaires **oui / non** **le(s)quel(s)**
- (de transfert, d'installation, de mobilité, ...)

Sensorielle

- Troubles visuels **oui / non**
- Troubles auditifs **oui / non**
- Appareillage

Problème de continence **oui / non**
Si oui, mode de prise en charge

Psychique

- Démence diagnostiquée **oui / non**
si oui - type de démence degré
- MMS score date
- Troubles mnésiques **oui / non**
- Désorientation **oui / non**
- Déambulation **oui / non**
- Agitation – agressivité **oui / non**
- Etat dépressif **oui / non**
- Troubles anxieux **oui / non**
- Troubles du caractère **oui / non**
- Opposition aux soins **oui / non**
- Troubles du sommeil **oui / non**
- Déambulation nocturne **oui / non**
- Soins spécifiques **pansement stomie O² pompe à morphine**
autres :

Risque de fugues dans un établissement ouvert **oui / non**



MRPS

Maison de Retraite
du Petit-Saconnex

Entourage des Soins à Domicile déjà mis en route

	Fréquence	Motif
- Infirmière
- Aide-soignante
- Repas livré
- Téléalarme

Assistance au domicile (courses, ménage, sorties)

famille / bénévole(s)

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

.....

- Directives anticipées

oui / non

Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ? :

.....

Il va de soi que le/la futur(e) résidant(e) garde l'entière liberté de rester en traitement chez son médecin habituel, si celui-ci se déplace à domicile.

Si vous êtes le médecin traitant du patient, vous est-il possible de continuer à le suivre à la Maison de Retraite du Petit-Saconnex ? :

oui / non

Date

Timbre et signature