

MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE DE LAMBESC

FICHE MEDICALE

(à remplir par le médecin traitant ou le médecin de l'Etablissement dans lequel réside la personne)

Médecin traitant : NOM
Adresse :

TEL :

Demande d'admission pour :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Dernier lieu de résidence :
- Domicile
- Famille
- Etablissement

Adresse :

Personne de confiance (personne référente, désignée par le(la) futur(e) résident(e) auprès de laquelle nous pourrions nous adresser en cas de problème médical ou socio-administratif) :

Antécédents :

- Médicaux
- Allergie médicamenteuse :
- Psychiatriques :
- Chirurgicaux :
- Obstétricaux : (Nbre d'enfants) :

Traitement actuel :

Motif d'entrée :

- Perte d'autonomie
- Décès du conjoint
- autres

Dépendance :

- Se déplace
 - A pied ?

