

**NOM Prénom** : ..... Date de naissance ..../...  
Adresse : .....

## Renseignements médicaux en vue d'une admission en maison de retraite

**Antécédents Médicaux** (dont tuberculose, transfusion, fécalomes, infection multi résistante, autre...)

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

**Antécédents Chirurgicaux/Obstétricaux** (dont stimulateur cardiaque, ablation d'organes, autre...)

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

**Diagnostiques actifs principaux (date d'apparition) et hospitalisations récentes (dates et motifs)**

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

**Traitements médicamenteux :**

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

**Prescriptions autres** (infirmière, de kinésithérapie, d'orthophonie, autres aides...)

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

**Matériel mis en place** (déambulateur, lit médicalisé, matelas spécifique, fauteuil releveur, téléalarme, autre...)

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

**Date des derniers vaccins :**

Pneumocoque :

Tétanos :

**Allergies** médicamenteuses ou autres : non  oui  avec quelles substances ?

.....

**L'état du patient est-il susceptible de s'améliorer ?** non  oui

En quoi ? .....

