



Demande d'accueil en UATR à la Maison de Vessy

Questionnaire médical confidentiel

(A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier)

Nom:

Prénom:

Né le:

Domicilié à:

Ancienne profession:

Médecin traitant habituel:

Où se trouve le patient actuellement ? : (si hospitalisé, pourquoi et depuis quand) ?

Motif de la demande:

Antécédents personnels et hospitalisations (merci de joindre une copie des lettres de sortie):
Allergies ? Régime alimentaire ? :

Diagnostics actuels:

Vaccination COVID ?

Éléments importants du status somatique:

Poids:

Taille:

TAH:

Pouls:

Peau (escarres):

Autres:

Données médicales sur l'état d'autonomie:

- psychique : problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation.

état thymique, trouble du caractère ?

troubles du sommeil ?

MMS si fait :

- sensorielle: vue, audition ?

- locomotrice: toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire), transfert ?

- problèmes de continence:

- suivi OSAD (fréquence, depuis quand) ?

Autres éléments sur le patient : son entourage, l'histoire de sa vie, les motifs du séjour UATR :

Si vous êtes le médecin traitant du patient, quels sont les créneaux horaires pendant lesquels nous pouvons vous joindre ?

En dehors de ces plages horaires, qui devons-nous contacter en cas d'urgence :

Date:

Timbre et Signature: