



FICHE DE RENSEIGNEMENT MEDICAUX

ANNEXE 01 PR AA-03

MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE ST JEAN
12 Avenue du Pavillon - BP 42
13580 LA FARE LES OLIVIERS

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM : PRENOM :

Motif d'entrée en maison de retraite :

Antécédents :

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Poids :

Prise en charge à 100 % (ALD) ? OUI NON

Si oui, pour quelle pathologie ?

Suivi(e) par un spécialiste ? (cardiologue, neurologue ...) OUI NON

Si oui, indiquez nom(s) et adresse(s) de ce(s) spécialiste(s) :

Allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Existence de troubles

- Neuropsy :
- Cardio-vasculaire :
- Uro-néphro :
- Pulmonaire :
- Cutané :
- Endocrinien :

.../...

La personne présente-t-elle :

- des troubles du comportement
- des risques de fugue
- des risques de contagion

Pièces à fournir :

- Protocole d'accord prise en charge 100 %
- Dernière ordonnance avec traitement complet
- Radio pulmonaire
- Biologie : NFS, Créatinine, Sérologie HIV HpB
Albuminémie
Bio spécialisée si besoin

Certificat de vaccination : DTCOQ – Pneumocoque – Grippe
Si inconnu, vaccinations à faire.

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date
Signature