

**COMMUNICATION**

- Sans particularité       troubles (problème de langage) : .....
- Appareillage : .....
- Langue maternelle : .....

**ALLERGIE**

En ordre de vaccination contre :

- Le TETANOS :             oui     non
- Le PNEUMOCOQUE :     oui     non
- La GRIPPE :             oui     non

**COORDONNEES DE L'EQUIPE SOIGNANTE AU DOMICILE**

- Médecin traitant :            Nom : .....
- Adresse : .....
- N° tél. : .....
- Infirmier(ère) :            Nom : .....
- Adresse : .....
- N° tél. : .....
- Kinésithérapeute :        Nom : .....
- Adresse : .....
- N° tél. : .....
- Autre (à préciser)        Nom : .....
- Adresse : .....
- N° tél. : .....

Date : .....

Signature du médecin traitant : .....



M.R. (MR/152.021.260/AGR) – M.R.S (S 137)

N°entreprise: BE0212368137

**CANDIDAT A L'ADMISSION :**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL**  
**à compléter par le médecin traitant**

**TRAITEMENT ACTUEL**

Médicament(s)	Dosage	Heure	Remarque(s)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**REPOS**

Qualité du sommeil :  sans problème     agité     insomnie     réveils fréquents

Médication n'ayant pas eu l'effet escompté (principalement neuroleptiques) :

- .....
- .....
- .....
- .....

