



## Certificat médical

Nom de l'hôpital, du home ou de l'institution : \_\_\_\_\_

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Séjour définitif :  oui  non    Séjour temporaire :  oui  non    Inscription dans d'autres homes :  oui  non

### Diagnostics

---

---

---

---

---

---

### Thérapie (médicaments, physiothérapie, ergothérapie, thérapie de stimulation, autres)

---

---

---

---

---

---

Dernier séjour à l'hôpital, où : \_\_\_\_\_

Du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_ Veuillez joindre les principaux rapports médicaux

### Situation sociale

Le patient/La patiente peut quitter son logement  seul(e)  accompagné(e)  jamais

Où se trouve le patient/la patiente actuellement :

Depuis : \_\_\_\_\_ Retour chez lui/elle  possible  probable  impossible

Le patient/La patiente est assisté(e) chez lui/elle par :

des proches  son/sa partenaire  des connaissances  
 Homeinstead  Spitex  autres \_\_\_\_\_

Nom/Prénom/Adresse de la principale personne de référence : \_\_\_\_\_

## Handicaps

### Mobilité

- Marche  avec de l'aide (p.ex. déambulateur avec ou sans roues, etc.)  sans aide  
 avec l'aide de quelqu'un  ça dépend  autonome
- Avancer en fauteuil roulant  avec l'aide de quelqu'un  ça dépend  autonome
- Transferts (p. ex. du lit à la chaise)  ne peut plus  ça dépend  autonome

### Manger :

- ne peut plus seul(e)  avec un peu d'aide  autonome
- Régime spécial  oui  non
- Nourriture spéciale : \_\_\_\_\_

### S'habiller, se déshabiller

- impossible  avec un peu d'aide  autonome

### Toilette

- impossible  avec un peu d'aide  autonome

- Escarres  oui  non

### Utilisation du WC

- impossible  avec un peu d'aide  autonome
- Incontinence urinaire  oui  non Cathéters à demeure :  oui  non
- Incontinence fécale  oui  non

### Vue

- très endommagée  peu endommagée ou normale

### Ouïe

- très endommagée  peu endommagée ou normale

### Compréhension orale

- impossible  limitée  possible

### A du mal à s'orienter

- temps  espace  situation  personnes

## Examen radiologique sur la tuberculose pulmonaire, Covid-19

Conformément aux directives du médecin cantonal concernant les mesures sur la lutte contre la tuberculose dans les établissements médico-sociaux et les institutions sociales

Date de la radio du thorax au cours des 6 derniers mois \_\_\_\_\_

Signes de tuberculose évolutive non  oui  (veuillez indiquer les mesures prises dans « Remarques »)

Vacciné(e) COVID-19 : oui  date de l'injection : \_\_\_\_\_ non

Remarques : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Lieu/date : \_\_\_\_\_ Tampon/Téléphone/Signature du médecin ayant procédé à l'examen :