



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 :