

-
-
-
-
-
-

Traitement actuel :

-
-
-
-

3. Renseignements divers

• Handicap physique :

Oui Non

Précisez :

• Addiction :

Oui Non

Précisez :

• Régime alimentaire particulier

Oui Non

Précisez :

• Dépistage Tuberculose dans les 6 derniers mois

IDR :

Date.....

Résultats :

Oui Non

Radio thorax :

Date :.....

Résultats :

4. Autonomie

• Nécessite une aide pour la vie quotidienne Oui Non

Précisez :

• Risque de chute :Oui Non

• Troubles de la mémoire :Oui Non

• Troubles du langage :Oui Non

• Troubles de l'orientation :Oui Non

• Troubles du sommeil :Oui Non

5. Observation du comportement et capacité d'intégration des règles de vie en collectivité, et autres remarques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e),

Docteur

Déclare avoir examiné Monsieur/Madame

.....

Le :

A :

Cachet/Signature du médecin

Avis du médecin du service Lits Halte Soins Santé
Docteur Sophie RICARD

Aux vues des éléments constatés par le présent dossier, donne un avis médical :

- Favorable
- Défavorable (préciser les motifs) :
.....
.....
- Informations complémentaires :
.....

Date :

Signature :

Avis du Directeur du service Lits Halte Soins Santé
Valérie SOULAGE

Aux vues des éléments constatés par le présent dossier, donne un avis médical :

- Favorable
- Défavorable (préciser les motifs) :
.....
.....
- Informations complémentaires :
.....

Date :

Signature :