

RESIDENCES AUTONOMIE SENIORS

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ADMISSION
**(A faire remplir par le Médecin Traitant
destiné au Médecin R f rent de la Résidence)**



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE ACTUELLE :

.....

.....



ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Lithiase urinaire ?

IU récidivante ?

Autres :

- **Appareil locomoteur** : Arthrose ? Localisation ?

Rhumatismes ?

Localisation ?

Prothèse ?

Appareillage ?

Canne ?

Autres :

- **Neurologique** : Trouble de la mémoire ? Désorientation ?

AVC ?

Séquelles ?

Déficit moteur ?

Chutes ?

Autres :

- **Psychologique** : Syndrome anxio dépressif ?

Troubles du sommeil ?

Troubles relationnels ?

Autres :

- **Neuro-sensoriel** : Acuité visuelle ?

Corrigée T.B B P M

Glaucome ?

Cataracte ?

Acuité auditive ?

Corrigée

T.B B P M

- **Bilan biologique datant de moins de 6 mois** :

Glycémie :

Cholestérol :

Créatinine :

NA : K :

Acide urique :

VS :

Urée :

NFP :

- **Radio pulmonaire datant de moins de 6 mois** :

- Traitement actuel précis :

- Affections limitant l'autonomie :

- Vie Sociale :

- | | | |
|--|---------------|------------------|
| - Sorties extérieures ? | Seul (e) ? | Accompagné (e) ? |
| - Utilisation des transports en commun ? | | |
| - Démarches administratives ? | | |
| - Courses ? | | |
| - Cuisine ? | | |
| - Hygiène corporelle ? | Seul (e) ? | Aidé (e) ? |
| - Vie relationnelle ? | Sociabilité ? | |



Je soussigné Docteur certifie
que M. - Mme - Melle

n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse ou mentale et que son état ne nécessite pas l'aide d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

LYON, le

Tampon + Signature du médecin traitant :