

Centre de coordination du district de la :

CERTIFICAT MÉDICAL

(hors hôpitaux et RFSM)

Le présent certificat médical, établi par le médecin traitant pour une durée de validité de 6 mois, atteste la nécessité de prestations socio-médicales dans la mesure où la personne nécessite des soins et un accompagnement constants. Ce certificat est envoyé au centre de coordination du district où habite le demandeur de services.

NOM - PRÉNOM:

Date de naissance:

Adresse:

MOTIF D'ADMISSION

DIAGNOSTICS

TRAITEMENT ACTUEL

Types/fréquence de soins:

PHYSIOTHÉRAPIE oui non

ERGOTHÉRAPIE oui non

Autre:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX-CHIRURGICAUX ET SÉJOURS HOSPITALIERS

Allergie, intolérance:

Audition:

Vue:

ÉTAT GÉNÉRAL (bref statut)

.....

ÉTAT PSYCHIQUE

Orientation:

.....

Mémoire:

.....

Etat psychique - communication:

.....

.....

.....

Sommeil:

AUTONOMIE

Alimentation:

.....

Hygiène:

.....

Mobilisation (moyens auxiliaires):

.....

Continence:

Incontinence due à une maladie ou à un accident (non due à l'âge) telle que sclérose en plaques, paralysie médullaire, paralysie cérébrale, maladie de Parkinson, démence

oui non

REMARQUES EVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

Date:

Signature et timbre

.....