



**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Anamnèse médicale**

Adressographier svp

**Au médecin traitant :**

Remplir le présent formulaire et le retourner avec les documents requis dès que possible.

**SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT AU STYLO ET FOURNIR LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- Notes médicales (dernière rencontre en clinique ou au CLSC)
- Rapports d'examens pertinents au diagnostic de fin de vie, si disponible
- Rapports de consultations médicales et/ou professionnels, si disponible
- Résultats de laboratoire pertinents au diagnostic de fin de vie, si disponible
- Tout autre document pertinent à l'évaluation de la demande ou aux soins requis

1. Diagnostic menant à la demande d'admission : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Médecin consultant : \_\_\_\_\_

2. Date du dernier rendez-vous médicale avec le patient : \_\_\_\_\_

3. Histoire de santé actuelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Antécédents personnels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chutes dans le dernier mois  Oui  Non Spécifier : \_\_\_\_\_

Trouble cognitif  Oui  Non Spécifier : \_\_\_\_\_

Délirium hypo ou hyperactif  Oui  Non Spécifier : \_\_\_\_\_

5. Habitudes de vie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Bilan des fonctions (compléter chaque section s.v.p.)

Système nerveux :

\_\_\_\_\_

O.R.L. :

\_\_\_\_\_

Système respiratoire :

\_\_\_\_\_

Système cardiaque :

\_\_\_\_\_

Système digestif :

\_\_\_\_\_

Système génito-urinaire :

\_\_\_\_\_

Appareil locomoteur :

\_\_\_\_\_

Psycho-cognitive :

\_\_\_\_\_

Tégumentaires :

\_\_\_\_\_

7. Impression clinique sur le pronostic vital à la suite de l'évaluation médicale : \_\_\_\_\_

8. Ajustement médicamenteux fait suite à \_\_\_\_\_  
l'évaluation médicale, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

9. Notes ou commentaires supplémentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin

Nom et prénom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ No. pratique : \_\_\_\_\_

N.B. : Pour tout questionnement, contacter la directrice des soins infirmiers au 819 604-9250 sur semaine entre 8 h et 16 h ou le médecin de garde de la Maison Marie-Pagé en passant par la téléphonie au 819-357-2030.