

Certificat médical

pour personnes atteintes d'une maladie de longue durée et personnes handicapées dans le canton de Berne

Joindre l'inscription dans une enveloppe fermée

Nom _____ Prénom _____
Rue _____ NPA Localité _____
Date de naissance _____ Téléphone _____

Séjour définitif: Oui Non Séjour vacances: Oui Non

Inscrit dans d'autres EMS: Non Si oui, où : _____

Diagnostics

Thérapie (Médicaments, physio-, ergothérapie, activités, autres)

Dernier séjour hospitalier, où: _____
de: _____ à: _____ Merci de joindre les rapports importants

Situation sociale

Le patient peut quitter son appartement seul accompagné jamais

Où se trouve le patient actuellement: _____

depuis: _____ Retour chez soi possible probable impossible

Prise en charge du patient à domicile par: Partenaire Proche Entourage

Soins à domicile Organisations d'aide à domicile Aide au ménage

Assistant social Autres: _____

Nom / Adresse personne importante:

Handicaps

Mobilité:

Aide à la marche: avec moyen auxiliaire (cane, déambulateur...) sans MA
 avec aide variable autonome

Déplacement en chaise roulante: avec aide variable autonome

Transfert (par.ex. lit/chaise): dépendant variable autonome

Repas: dépendant avec peu d'aide autonome

Alimentation entérale: Oui Non

Alimentation spéciale: _____

S'habiller/se déshabiller impossible avec peu d'aide autonome

Soin corporel: impossible avec peu d'aide autonome

Décubitus: Oui Non

Utilisation WC: impossible avec peu d'aide autonome

Incontinence urinaire: Oui Non Cathéter à demeure: Oui Non

Incontinence fécale: Oui Non

Vision: très restreinte peu restreinte ou normale

Audition: très restreinte peu restreinte ou normale

Compréhension orale: impossible restreinte possible

Absence d'orientation: temporelle Spatiale Situation Personne

Examen radiologique de dépistage de la tuberculose pulmonaire

Conformément aux directives du médecin cantonal concernant les mesures de lutte contre la tuberculose dans les maisons de retraite et les EMS

Date de la radio thoracique réalisée au cours des 6 derniers mois _____

Remarque pour TBP active Non

Oui (Veuillez indiquer les mesures prises dans la rubrique
«Remarques »)

Remarques

Médecin traitant: _____

Timbre / téléphone / signature
du médecin traitant:

Lieu / Date