

# MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE DE LAMBESC

## FICHE MEDICALE

(à remplir par le médecin traitant ou le médecin de l'Etablissement dans lequel réside la personne)

**Médecin traitant** : NOM

TEL :

Adresse :

**Demande d'admission pour** :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

**Dernier lieu de résidence** :  
- Domicile  
- Famille  
- Etablissement

Adresse :

**Personne de confiance** (personne référente, désignée par le(la) futur(e) résident(e) auprès de laquelle nous pourrions nous adresser en cas de problème médical ou socio-administratif) :

**Antécédents** :

- Médicaux
- Allergie médicamenteuse :
- Psychiatriques :
- Chirurgicaux :
- Obstétricaux : (Nbre d'enfants) :

**Traitement actuel** :

**Motif d'entrée** :

- Perte d'autonomie
- Décès du conjoint
- autres

**Dépendance** :

- Se déplace
  - A pied ?

