

# Certificat médical

Pour malades chroniques et personnes  
handicapées dans le canton de Berne  
A joindre à l'inscription sous pli fermé ou envoyer par e-mail

Aux médecins de **MON REPOS – Case postale 162 – Vignolans 34 – 2520 La Neuveville**  
[gremaud@mon-repos.ch](mailto:gremaud@mon-repos.ch) – [pierrehumbert@mon-repos.ch](mailto:pierrehumbert@mon-repos.ch)

---

Nom	Prénom
Date de naissance	Téléphone
Adresse	Localité

---

Séjour définitif  oui  non      Séjour de vacances  oui  non

Annoncé dans d'autres institutions  oui  non

où

---

## Diagnostics

---

---

---

---

---

---

---

## Thérapeutique (médicaments, physio-, ergothérapie, allergie, autres ...)

---

---

---

---

---

---

---

Dernière hospitalisation (établissement) :

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ joindre les documents importants s.v.p.

---

## Situation sociale

Le patient peut quitter sa résidence  seul  accompagné  impossible

Lieu de séjour actuel du patient :

Retour à domicile  possible  probable  impossible

Patient pris en charge à domicile par  famille  partenaire  connaissance

aide familiale  soins à domicile  infirmière visitante  assistant social  organisation d'entraide

autres :

Nom, adresse et téléphone des personnes de référence les plus proches

---

---

---

