

Certificat médical

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

Au médecin de **MON REPOS – Case postale 162 – Vignolans 34 – 2520 La Neuveville**
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

Degré de dépendance

Mobilité	marcher	<input type="checkbox"/> avec moyens auxiliaires (tribune, etc)	<input type="checkbox"/> sans moyen aux.
		<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois
	en chaise roulante	<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois
	transfert (p.ex. lit/chaise)	<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois
Manger		<input type="checkbox"/> dépendant	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
	alimentation par sonde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> indépendant
	régime :	<hr/>	
Se vêtir, se dévêtir		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec aide
			<input type="checkbox"/> indépendant
Soins corporels		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
			<input type="checkbox"/> indépendant
Pansements, stomies		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Utilisation des WC		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
	incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> indépendant
	sonde à demeure	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	incontinence de selles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Acuité visuelle		<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée ou normale
Acuité auditive		<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée ou normale
Communication verbale		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> diminuée
			<input type="checkbox"/> possible
Désorientation		<input type="checkbox"/> temporelle	<input type="checkbox"/> spatiale
		<input type="checkbox"/> situation	<input type="checkbox"/> personne

Remarques particulières et compléments

(antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques importants ; éléments biographiques pertinents, directives anticipées, etc.)

Médecin de famille

**Timbre/téléphone/signature
du médecin examinateur**

Lieu et date
