

# 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

---

---

---

---

## Degré de dépendance

<b>Mobilité</b>	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
<b>Manger</b>		<input type="checkbox"/> dépendant	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
	alimentation par sonde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	régime :		
<b>Se vêtir, se dévêtir</b>		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec aide
			<input type="checkbox"/> indépendant
<b>Soins corporels</b>		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
			<input type="checkbox"/> indépendant
<b>Pansements, stomies</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Utilisation des WC</b>		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec un peu d'aide
			<input type="checkbox"/> indépendant
	incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	sonde à demeure	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	incontinence de selles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Acuité visuelle</b>		<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée ou normale
<b>Acuité auditive</b>		<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée ou normale
<b>Communication verbale</b>		<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> diminuée
			<input type="checkbox"/> possible
<b>Désorientation</b>		<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

---