

Certificat médical

Ce certificat, complété par le médecin traitant pour une validité de six mois, doit être adressé sous pli à : *Les Bonnesfontaines, Résidence bourgeoise, Route des Bonnesfontaines 24, 1700 Fribourg* avec la mention "à l'attention du médecin responsable".

1 Données administratives

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

2 Motifs d'admission

3 Diagnostics

4 Traitement actuel

Physiothérapie

☐ oui

☐ non

Ergothérapie

☐ oui

☐ non

Autres :

5 Antécédents médicaux-chirurgicaux et séjours hospitaliers

.....

.....

.....

.....

Allergie, intolérance :

.....

.....

.....

Audition :

Vue :

6 Etat général (bref statut)

7 Etat psychique

Orientation :

.....

Mémoire :

.....

Etat psychique - communication :

.....

.....

Sommeil :

8 Autonomie

Alimentation :

.....

Hygiène :

Mobilisation (moyens auxiliaires) :

Continence :

9 Remarques éventuelles

Date _____ Signature _____

Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

Ce certificat ne peut être détenu que dans le dossier infirmier de la Résidence bourgeoisiale des Bonnesfontaines.

Code: FOR-3.2-02	Auteur: olirue	Page: 3/3	Date: 22.01.2016
Révision: 1	Validé par: olirue	Nom du fichier: Certificat médical.docx	