AFIPA/VFA pour l'EMS:

# CERTIFICAT MÉDICAL

*(hors HFR)*

Le présent certificat médical, établi par le médecin traitant pour une durée de validité de 6 mois, atteste la nécessité de séjour dans un EMS depuis le domicile, dans la mesure où la personne nécessite des soins et un accompagnement constants et que les ressources des services en soins et aides à domicile sont inadéquates pour y répondre (art. 8 REMS). Ce certificat est envoyé à l'EMS. Dans le cas où la personne entre en EMS, le certificat est conservé dans le dossier du résident. Pour les personnes non en âge AVS, une autorisation doit être demandée au Service du médecin cantonal.

**NOM - PRÉNOM:** .....

Date de naissance: .....

Adresse: .....

.....

**MOTIF D'ADMISSION**

.....

.....

**DIAGNOSTICS**

.....

.....

.....

**TRAITEMENT ACTUEL**

.....

.....

.....

**SOINS A DOMICILE** oui ? non ?

Types/fréquence de soins: .....

.....

.....

.....

**PHYSIOTHÉRAPIE** oui ? non ? **ERGOTHÉRAPIE** oui ? non ?

Autre: .....

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX-CHIRURGICAUX ET SÉJOURS HOSPITALIERS**

.....

.....

.....

Allergie, intolérance: .....

.....

Audition: .....

Vue: .....

**ÉTAT GÉNÉRAL** (bref statut)

.....

.....

.....

**ÉTAT PSYCHIQUE**

Orientation: .....

.....

Mémoire: .....

.....

Etat psychique - communication: .....

.....

.....

Sommeil: .....

**AUTONOMIE**

Alimentation: .....

.....

Hygiène: .....

.....

Mobilisation (moyens auxiliaires): .....

.....

Continence: .....

Incontinence due à une maladie ou à un accident (non due à l'âge) telle que sclérose en plaques, paralysie médullaire, paralysie cérébrale, maladie de Parkinson, démence. OUI NON

**REMARQUES EVENTUELLES**

.....

.....

.....

Date: ..... Signature et timbre ou nom LISIBLE

.....

Date d'entrée: .....