

# CERTIFICAT MEDIAL

À joindre avec l'inscription provisoire

Pour malades chroniques et personnes handicapées dans le canton de Berne. Ce formulaire doit être joint (dans une enveloppe fermée) avec l'inscription provisoire.

Nom de l'hôpital, de l'institution, du médecin responsable:

Nom, prénom:

Date de naissance:

No de téléphone:

Adresse (complète):

Séjour définitif:

Oui  Non

Diagnostics:

Thérapeutique:

(médicaments, physio-, ergothérapie, activités, autres)

Dernière hospitalisation (svp, joindre les documents importants):  
du/au:

Situation sociale:

Le patient/la patiente peut quitter sa résidence  seul/e  accompagné/e  impossible

Lieu actuel du séjour du patient/de la patiente:

depuis:

Retour à domicile:

possible  probable  
 impossible

Prise en charge du patient/de la patiente par:

famille  partenaire  
 connaissance  aide familiale  
 assistant social  infirm. visitante  
 autres

Nom et adresse des personnes de références les plus proches:

## Degré de dépendance

Marcher	<input type="checkbox"/> avec moyens auxiliaires (tribune etc)	<input type="checkbox"/> sans moyens aux.
	<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> indépendant
En chaise roulante	<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> indépendant
Transfer (p.ex. lit/chaise)	<input type="checkbox"/> avec l'aide d'autrui	<input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> indépendant
Manger	<input type="checkbox"/> dépendant	<input type="checkbox"/> avec un peu d'assistance
	<input type="checkbox"/> indépendant	
Alimentation par sonde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Alimentation spéciale:		
Vêtir, de dévêtir	<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec l'aide <input type="checkbox"/> indépendant
Soins corporels	<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec peu d'aide <input type="checkbox"/> indépendant
Décubitus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/> impossible	<input type="checkbox"/> avec 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
Accuité visuelle	<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée / normale
Accuité auditive	<input type="checkbox"/> fortement diminuée	<input type="checkbox"/> légèrement diminuée / 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:

Médecin de famille:

Lieu et date:

Timbre/adresse/téléphone/signature du médecin:

Contact Schlössli Biel-Bienne:

Téléphone 032 344 08 08

Fax 032 344 08 06