

Demande d'admission en Lits d'Accueil Médicalisés

A envoyer par mail à admissionlamlhss@reliance82.fr, à l'attention des responsables des LAM

Volet médical

Etablissement instruisant la demande : Nom et qualité du médecin : Tel : Courriel @ :	Réservé au service LAM Date de réception : N° du dossier :
	Dossier Social Date de réception :
	Avis rendu le : Adressé à :

Identité du patient :

Nom et prénom	
Date de naissance	
N° de Sécurité Sociale	
Echéance de la PUMA, CMU ou de l'Aide Médicale d'Etat	

Motif(s) médicaux d'admission :

Pathologie principale : Date de la découverte de la maladie : Evolutive <input type="checkbox"/> Stabilisée <input type="checkbox"/>
--

Principaux éléments de la maladie (anamnèses, clinique, résultats biologiques et/ou radio, ...etc.) :

Informations médicales complémentaires

Pathologies associées :

Pathologie psychiatrique :

Existe-t-il un suivi ? Non Oui

Nom et coordonnées du médecin référent :

Troubles du comportement (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne) :

Troubles cognitifs (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne) :

Conduites addictives :

Existe-t-il un suivi ? Non Oui

Nom et coordonnées du médecin référent :

Autres Antécédents :

Allergies :

Autres :

Quelle connaissance le patient a-t-il de son diagnostic ?

Traitements en cours :

Nom du médicament (en majuscule)	Nombre de prises/jour	Durée prévue/ prévisible du traitement
Patient autonome dans la prise de traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Observance du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Soins nécessaires :

Quels soins ? infirmiers, kiné, ...etc.	Nombre de fois/jour	Durée prévue/prévisible

Autres informations :

Alimentation <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> régime particulier :	Hygiène/toilette <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	Continence
Communication <input type="checkbox"/> aisance <input type="checkbox"/> difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> langue maternelle <input type="checkbox"/> Non verbale	Déplacement/ orientation <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	Déplacement et Appareillage <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle Canne, béquilles, fauteuil, alité :

Documents impératifs à joindre au dossier médical:

Joindre les ordonnances des traitements en cours, et les comptes rendus médicaux en votre possession.

Signature et cachet du médecin instruisant la demande :

Demande d'admission en LAM

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des LAM.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Fait à _____ Le _____

Signature