



Pôle Médico-social de l'AERS

Dossier d'admission aux Lits d'Accueil Médicalisés

A envoyer par mail au médecin des LAM, lam.medecin@aers-asso.fr

A.E.R.S
Association d'Entraide
et de Reclassement Social

VOLET MEDICAL

Etablissement instruisant la demande : Adresse : Nom du médecin : Tel/fax/mail :	Cadre réservé aux LAM N° dossier : Reçu le : ... / ... / ...
	Avis motivé : Rendu le : ... / ... / ... Adressé à :

IDENTITE DU PATIENT

Nom – Prénom :	
Date de naissance : ... / ... / ...	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
N° SS :	

MOTIF(S) MEDICAUX D'ADMISSION

Pathologie principale :
.....
.....
.....
Pathologies associées :
.....
.....
.....

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

Pathologies psychiatriques :
Existe-t-il un suivi ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nom et coordonnées du médecin référent :
Troubles du comportement (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne) :



Pôle Médico-social de l'AERS

Dossier d'admission aux Lits d'Accueil Médicalisés

A.E.R.S
Association d'Entraide
et de Reclassement Social

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

.....
.....
.....

Addictions :

.....
.....

Existe-t-il un suivi ? non oui, nom et coordonnées du médecin référent :

.....
.....

Antécédents :

.....
.....
.....

Allergies :

.....
.....
.....

Bactéries Multi-Résistantes :

.....
.....

Tuberculose :

.....
.....

Autres :

.....
.....
.....
.....

AUTRES INFORMATIONS

Autres établissements sollicités ? Démarches inabouties / motifs de refus :

.....
.....
.....
.....

Comment qualifieriez-vous le niveau de connaissance du diagnostic par le patient ?

.....
.....
.....



Pôle Médico-social de l'AERS

Dossier d'admission aux Lits d'Accueil Médicalisés

A.E.R.S

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

TRAITEMENTS EN COURS

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

SOINS NECESSAIRES

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



Pôle Médico-social de l'AERS
Dossier d'admission aux Lits d'Accueil Médicalisés

A.E.R.S

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

AUTRES INFORMATIONS

Alimentation	Hygiène/toilette	Contenance
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Régime particulier :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure
Communication	Déplacement/orientation	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Non verbale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité

Date et signature et cachet du médecin :

Joindre impérativement copie des ordonnances pour les traitements en cours et compte rendu médical. Merci d'indiquer ci-après les pièces jointes :