

2. DOSSIER MEDICAL (CONFIDENTIEL) DE DEMANDE D'ADMISSION EN LAM THYLAC

(Demande + Rapport médical daté joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure)

Etablissement faisant la demande : Nom du médecin adresseur et spécialité : Tel :...../..... /...../..... /..... Fax :...../..... /...../..... /..... Mail..... Médecin Traitant : Oui / Non Nom :	RESERVE AU SERVICE LAM
	N° de dossier : Avis motivé :

Identité du demandeur :

Nom de la personne concernée :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Renseignements médicaux (CR médical à joindre en PJ)

- Pathologie principale :

- Pathologies associées :

-Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement, y compris les éventuelles addictions - Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Nom du Psychiatre ou psychologue :

- Comportement addictif : (nature de l'addiction avec ou sans substance)

Suivi en addictologie : Oui non

Référent :

Suivi (lieu) :

Le patient est-il informé sur le diagnostic : Oui non

Le pronostic : Oui non

Motif de la demande d'entrée en LAM

Evaluation de l'autonomie – (cocher les cases correspondantes)

Toilette/Hygiène	Seul (toilette complète)	
	Aidé (haut et/ou bas)	
	Ne fait pas	
Habillage	Seul	
	Aidé	
	Ne fait pas	
Alimentation/Hydratation	Seul	
	Aidé	
	Ne fait pas	
	Trouble de la déglutition	
Cohérence	Normale	
	Partiellement perturbée	
	Totalement perturbée	
	Démence diagnostiquée	
	Troubles du comportement	
Orientation dans le temps et l'espace	Normale	
	Orienté avec aide	
	Désorientation épisodique	
	Désorientation totale	
Elimination	Continence urinaire et fécale	
	Incontinence occasionnelle (J/N)	
	Incontinence totale	
Déplacements à l'intérieur	Fait seul (dont les escaliers)	
	Avec aide humaine	
	Avec une canne ou un déambulateur	
	En fauteuil	
	Ne fait pas	
	Risque de chutes	
Transferts	Fait seul	
	Avec aide	
	Ne fait pas	
Déplacements à l'extérieur	Fait seul (supérieur à 300 m)	
	Avec aide	
	Ne fait pas	
	Risque de chutes	

TRAITEMENT ACTUEL

Nom du Médicament

Début

(Y compris stupéfiants et médicaments à prescription ou délivrance particulière)

Autonomie de la prise de médicaments : Oui Non

AUTRES TRAITEMENTS ET SOINS :

Infirmiers Oui Non

Kiné : Oui Non

Appareillages : Oui Non lequel

AUTRES COMMENTAIRES :

.....

.....

Date, signature et cachet du médecin