



# 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](mailto: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 : .....	<b>Cadre réservé aux LAM</b> 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	Continence
<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 :*