



# **l'ABRI**

l'humain au cœur de toutes nos actions

**Dossier médical - CONFIDENTIEL**  
**demande d'admission**  
**Etablissement « Lits d'Accueil Médicalisé » (LAM)**

- A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin des LAM –

Association l'ABRI  
13 rue Lépouzé  
27000 Evreux

Date de la demande d'admission : \_\_\_\_\_

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Service orienteur : \_\_\_\_\_

**Renseignements administratifs du candidat**

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Matricule CPAM : ☐ Non ☐ Oui Si oui n° : \_\_\_\_\_

Mutuelle / CMU C. : \_\_\_\_\_

100% ALD : ☐ Non ☐ Oui

Dernier lieu d'hébergement : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

**Référent médical**

Hôpital référent : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Médecin référent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin de ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Présentation de la situation médicale

**Pathologie principale pour laquelle le LAM est demandé :**

**Pathologies autres :**

**Histoire de la (des) pathologie(s) invalidantes(s) :**

Date de début des troubles, origine, circonstance d'apparition, antécédents médicaux, chirurgicaux, ...

**Description clinique actuelle :**

**Perspectives d'évolution :**

### Nature et durée des traitements en cours

Joindre ordonnance

Préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires...

NOM du médicament	Posologie	Durée de la prescription	Observations

### Nature des soins infirmiers en cours :

- ☐ Observance traitements
- ☐ Distribution traitements
- ☐ Surveillance état
- ☐ Pansements
- ☐ Education à la santé
- ☐ Perfusion
- ☐ Autre(*préciser*)

### Autonomie dans la gestion du traitement :

- ☐ Totale  
 ☐ Partielle  
 ☐ Non acquise  
 ☐ Non évalué

Le patient est-il informé du diagnostic de sa pathologie chronique : ☐ Non   ☐ Oui

Si le pronostic vital est engagé, en est-il informé ? ☐ Non   ☐ Oui

### Prises en charge régulières :

- ☐ Hospitalisations itératives ou programmées
- ☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- ☐ Autres prises en charge paramédicales régulières
- ☐ Autre (*préciser*)

**Nature :**

**Fréquence :****Soins ou traitements nocturnes :** ☐ Non ☐ Oui (*préciser*)**Appareillages :**

- ☐ Appareil auditif  
☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant  
☐ Orthèse, prothèse (*préciser*)  
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire  
☐ Stomie digestive d'élimination  
☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation  
☐ Trachéotomie  
☐ Appareil de ventilation (*préciser*)  
☐ Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Préciser : Type, adaptation, circonstance d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance...

**Régimes alimentaires particuliers :** ☐ Non ☐ Oui  
(fournir obligatoirement une ordonnance)

- ☐ Diabétique ☐ Sans sel strict ☐ Sans sel large ☐ Hypocalorique ☐ Autre

**Adhésion du patient aux démarches de soins, observance :****Projet thérapeutique :****Demande en cours auprès de la MDPH :** ☐ Non ☐ Oui (*préciser*)

Prestation de compensation, AAH, orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes...

**Retentissement fonctionnel et/ou relationnel****Mobilité :** maintien postural, déplacement, contrôle de l'environnement...

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1** Pas de difficulté  
**2** Difficulté modérée (*préciser*)  
**3** Difficulté grave ou absolue (*préciser*)

**Communication :** orale, écrite, relation avec autrui...

**Conduite émotionnelle**, relationnelle...

**Cognition** : attention, mémoire, apprentissage,  
orientation dans le temps ou l'espace...

**Retentissement sur la sécurité** : gestion des situations à risque,  
capacité à discerner les dangers, mise en danger,  
besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs...

**Entretien personnel** : toilette, habillage, continence, alimentation,

Faire sa toilette

S'habiller, se déshabiller

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments

S'habiller, se déshabiller

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1** Pas de difficulté  
**2** Difficilement ou avec aide technique  
**3** Aide humaine partielle  
**4** Aide humaine totale

En cas de difficulté, préciser :

**Vie quotidienne et vie domestique** : travaux ménagers, course,  
préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

**Retentissement sur la vie sociale et familiale** :

**Retentissement sur l'emploi, la formation** :

## Cursus du patient

Cursus scolaire, formation, suivi spécialisé, ...

## Conduites addictives

**Conduites addictives :**

☐ Non ☐ Oui

Si oui lesquelles : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Opiacés ☐ Autres

☐ Substitution (*préciser*)

☐ Autres traitements éventuels (*préciser*)

☐ Suivi en centre spécialisé (*préciser*)

☐ Suivi en médecine de ville (*préciser*)

## Observations

## Décision d'admission

*Cadre réservé au médecin coordinateur des LAM*

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable (motifs) :

Date, signature et cachet du médecin  
orienteur

Date, signature et cachet du médecin  
coordinateur des LAM