



# Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

## INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

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):  
.....  
.....

Addictions :  
.....  
.....

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

Antécédents :  
.....  
.....

Allergies :  
.....  
.....

Bactéries Multi-Résistantes :  
.....  
.....

Tuberculose :  
.....  
.....

Autres :  
.....  
.....  
.....

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

### AUTRES INFORMATIONS

Autres établissements sollicités ? Démarches inabouties / motifs de refus :

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

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

.....  
.....

### TRAITEMENTS EN COURS

Nom du médicament (en majuscules)	Nombre de prises/jour	Durée prévue/prévisible du traitement

Patient autonome dans la prise du traitement ?  oui  non

Observance au traitement ?  oui  non

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

### SOINS NECESSAIRES

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

### 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

## Dossier de demande d'admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés de l'Union Cépière Robert Monnier

Date, 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.*

Liste des pièces jointes, le cas échéant :

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

**CADRE RESERVE A LA PERSONNE QUI DEMANDE SON ADMISSION EN LAM :**

Je soussigné(e) .....  
demande l'examen de ma candidature en vue d'une admission au sein de l'établissement LAM de l'UCRM.

Autres commentaires : .....  
.....  
.....  
.....

Date et signature de la personne :