DEMANDE D’ADMISSION

# 2. FICHE MEDICALE (CONFIDENTIELLE)

*Demande à faxer au secrétariat médical : 04 72 38 83 49*

*ou à envoyer par mail : admission.lam@hestia-orsac.fr*

(Rapport médical daté joint sous pli confidentiel, à l’attention du médecin de la structure).

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement instruisant la demande : ……………………………..……………………………………………………………………….Nom du médecin demandeur : …………………………...................……………………………………………………………………….Tel :........../………. /………../………. /……….Fax :........../………. /………../………. /………. ……………………………….@....................................................... | **RESERVE AU SERVICE LAM**N° de dossier : ………………………………………………………Avis motivé : ……………………………………………………… |

**Identité du candidat :**

Nom : …………………………………………………………….. Sexe : Masculin Féminin

Prénom : …………………………………………………………. Date de naissance : ……………………….

Age : ………………….

**Renseignements médicaux (CR médical à joindre en PJ)**

- Pathologie principale :

- Pathologies associées :

-Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement/Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

 Stabilisé : Oui non

 Psy référent : Psychiatre ou psychologue

 Suivi : lieu et fréquence :

- Problème d’addiction :

 Suivi en addictologie : Oui non

 Référent :

 Suivi : lieu et fréquence :

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

 Le pronostic : Oui non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Degré d’autonomie | Autonome | Aide partielle | Aide complète | Autre |
| Déplacements |  |  |  |  |
| Transferts |  |  |  |  |
| Faire sa toilette |  |  |  |  |
| Habillage |  |  |  |  |
| Aller aux toilettes |  |  |  |  |
| Alimentation |  |  |  |  |
| Si appareillage  |  |  |  |  |

#  TRAITEMENT ACTUEL

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament(en lettres majuscules) | MATIN  | Midi | Soir | Coucher | Durée du Traitement(jours / sem / mois) |
|  |  |  |  |  |  |

Autonomie de la prise de médicaments : Oui Non

SOINS :

Infirmiers Oui Non

Kiné : Oui Non

AUTRES COMMENTAIRES :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Date, signature et cachet du médecin**