ENTRAIDE & SOLIDARITÉS
LAM/LHSS La Chambrerie
5 et 7, rue de la Chambrerie
37100 TOURS
Tél : 02.47.41.85.38

ENTRAIDE & SOLIDARITÉS

DEMANDE D'ADMISSION

LHSS ☐ **LAM ☐**

à faxer au : 02.47.88.01.78
à mailer à : admission.chambrerie@entraideouvriere.org

1. FICHE SOCIALE

Date : .....

Demande effectuée par (nom et structure) : .....

.....

Tél : .....

Fax : ..... **Mail :** .....

NOM Prénom : ..... **Date de naissance :** .....

☐ **Femme** ☐ **Homme** **Langue-s parlée-s :** .....

Situation familiale : ..... **Nationalité :** .....

Le patient est consentant à l'entrée en LHSS/LAM : ☐ **oui** ☐ **non**

Situation administrative et sociale :

Suivi social par : ..... **Organisme de domiciliation :** .....

....

Revenus	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Tutelle/Curatelle	Autre
Sécurité Sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	CMU base	CMU-C	AME

N° SS : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ **Organisme :** .....

Commentaire social : (papiers/logement/projet/ouverture de droits/dossier MDPH/capacités à vivre en collectivité/etc…)

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

Y a-t-il eu des demandes d'accueil en structure ? (date et instructeur)

☐ EHPAD ..... ☐ Service de soins de suite .....

☐ FAM ..... ☐ Centre d'hébergement .....

☐ MAS ..... ☐ Pension de famille .....

☐ Autre (préciser) : .....

Faire mention des démarches inabouties : .....

.....

Motifs de refus : .....

.....

ENTR'AIDE OUVRIÈRE
LAM/LHSS La Chambrerie

ENTRAIDE & SOLIDARITÉS

DEMANDE D'ADMISSION

LHSS ☐ **LAM ☐**

2. FICHE MÉDICALE (CONFIDENTIELLE)

Date : .....

Demande effectuée par (nom du médecin et structure) : .....

.....

Tél : .....

Fax : ..... **Mail :** .....

NOM Prénom : ..... **Date de naissance :** .....

☐ **Femme** ☐ **Homme**

Renseignements médicaux :

- Pathologie principale pour laquelle le LHSS/LAM est demandé : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Autres pathologies : .....

.....

.....

.....

.....

- Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement : .....

.....

.....

.....

.....

- Consommation de toxiques : .....

.....

.....

.....

.....

Degré d'autonomie :	Aide complète	Aide partielle	Seul
Toilette			
Repas			

Marche : **oui / non** **/ béquille / fauteuil roulant**

Appui : **oui / non** **Montée d'escaliers : oui / non**

Durée prévisible de la prise en charge : .....

.....

.....

3. TRAITEMENT ACTUEL

NOM Prénom : ..... **Date de naissance :** .....

☐ **Femme** ☐ **Homme**

TRAITEMENT MÉDICAL :

Nom du médicament (en lettres majuscules)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement (jours/semaines/mois)

Autonomie de la prise de médicaments : oui / non

.....

.....

SOINS INFIRMIERS / KINÉ / …

Soins	Nombre de fois par jour	Durée (jours/semaines/mois)