



**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)