

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)