



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A envoyer par mail à l'adresse : admission.medecin@aers-asso.fr

A.E.R.S
Association d'Entraide
et de Reclassement Social

VOLET MEDICAL

Etablissement instruisant la demande : Adresse : Nom du médecin : Tel/fax/mail :	Cadre réservé à l'AERS N° dossier : Reçu le : ... / ... / ...
	Avis motivé : Rendu le : ... / ... / ... Adressé à :

IDENTITE DU PATIENT

Nom – Prénom :		
Date de naissance : ... / ... / ...		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
N° SS :		ALD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poids :	Taille :	IMC :

ENVIRONNEMENT MEDICAL

Hôpital référent :	Service :
Médecin hospitalier référent :	
Médecin traitant :	
Intervenants libéraux au domicile (IDL, kiné, etc...) :	

MOTIF(S) MEDICAUX D'ADMISSION

Pathologie principale :
.....
.....
.....
Pathologies associées :
.....
.....
.....
.....
.....



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

Pathologies psychiatriques :

.....
.....

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, MMS):

.....
.....

Addictions :

.....
.....

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

.....
.....

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

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

Allergies :

.....
.....

Bactéries Multi-Résistantes :

.....
.....

Tuberculose, hépatites, VIH :

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

Autres :

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



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S.

Association d'Enfance
et de Reclassement Social

TRAITEMENTS EN COURS (joindre ordonnances 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

SOINS NECESSAIRES

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

Patient autonome dans la gestion de ses soins stomie, trachéotomie... ? oui non

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

.....

.....



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S.

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"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Alimentation Entérale <input type="checkbox"/> Alimentation Parentérale	<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 <input type="checkbox"/> Stomie (préciser quel type :))
Communication	Déplacement/orientation	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Barrière de la langue	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Capacité à monter des escaliers <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale Préciser : <input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Grabataire	<input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2 : préciser si concentrateur ou cuve

Autres établissements sollicités ? Démarches inabouties / motifs de refus :

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

Date et 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 :