



## **DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

**Demande d'admission à transmettre :**  
**LAM CORDIA, 11 rue Franc Lapeyre 17000 LA ROCHELLE**  
**(dossier médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur)**

### **1) Public accueilli**

Toute personne majeure sans domicile fixe, atteinte de pathologie(s) lourde(s) et **chronique(s), irréversible(s), séquellaire(s) ou handicapante(s), de pronostic plus ou moins sombre**, pouvant engendrer une perte d'autonomie et **ne pouvant être prise(s) en charge dans d'autres structures.**

L'accès est ouvert quelle que soit la situation administrative.

Les animaux peuvent être admis sous conditions réglementaires.

### **2) Décision d'admission**

L'admission du demandeur est placée sous condition d'avis médical favorable du Médecin des LAM Cordia La Rochelle.

A partir de l'avis de la commission d'admission, le Responsable de Pôle par délégation du Directeur prononce la décision d'admission.

### **3) Durée de séjour**

La durée n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet individuel.

### **4) Pièces à joindre au dossier**

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes-rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultats d'examens médicaux
- Rapport social

**VOLET MEDICAL**

Etablissement instruisant la demande : .....	<b>Cadre réservé aux LAM</b> N° Dossier : ..... Reçu le : .....
Adresse : .....	Avis motivé : ..... .....
Nom du médecin : .....	
Tél. / Mail : ..... .....	Rendu le : ..... ..... Adressé à : ..... .....

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom – Prénom : .....	
Date de naissance : ..... / ..... / .....	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
N° de Sécurité Sociale : .....	

**MOTIFS MEDICAUX D'ADMISSION**

Pathologie principale : ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--



**DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

Pathologies associées :

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

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) :

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

Addictions :

.....  
.....

Existe-t-il un suivi ?  Non  Oui Nom et coordonnées du  
médecin traitant :

.....  
.....

Antécédents :

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



**DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

Allergies :

.....  
.....

Bactéries multi-résistantes :

.....  
.....

Maladies transmissibles :

.....  
.....

Autres :

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

**AUTRES INFORMATIONS**

Autres établissements de santé sollicités ? Démarches inabouties / Motifs de refus :

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

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

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

**TRAITEMENT EN COURS**

Joindre ordonnance(s)

Patient autonome dans la prise du traitement ?

Oui  Non

Observance au traitement ?

Oui  Non

**GRILLE D'AUTONOMIE**

Alimentation	Continence
<input type="checkbox"/> Régime particulier : ..... .....	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure
Communication	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Non verbale	<input type="checkbox"/> Cannes(s) / béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité

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



**DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

**SOINS NECESSAIRES**

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

*Date et signature + 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 :

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

**VOIET SOCIAL**

Etablissement instruisant la demande : ..... ..... Adresse : ..... ..... Téléphone / Mail : ..... .....	<p align="center"><b>Cadre réservé aux LAM</b></p> N° Dossier : ..... Reçu le : ..... /...../..... Volet médical reçu le : ...../...../..... Avis motivé : ..... Rendu le : ...../...../..... Adressé à : .....
---	--

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Numéro de téléphone : .....

Sexe :  H     F                      Situation familiale : .....

Enfant(s) : à charge/garde/jugement/âge :  
 .....  
 .....  
 .....

Adresse actuelle / Organisme de domiciliation :  
 .....  
 .....

Conditions d'hébergement actuelles :  
 .....  
 .....



**DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

Nationalité :  Française       CEE       Autre (préciser) .....

Date d'entrée en France : ...../...../.....      Langue parlée : .....

Nature du titre de séjour et durée de validité :

.....

.....

Nature et dates des démarches en cours : justice/droits sociaux/MDPH/surendettement/  
etc.

.....

.....

.....

**COUVERTURE SANTE**

N° de SECURITE SOCIALE : .....

.....

Organisme de rattachement : .....

.....

SS base     ALD     Mutuelle     PUMA (CMU)     CMU     AME     ACS     Autres :

**RESSOURCES**

REVENUS	Salaire	RSA	Retraite	Pensions	AAH	ATA	Autres
Par mois	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Dossier de surendettement ?  oui     non

Décision du jugement : effacement/remboursement en cours/..

Organisme N° :

.....

.....

.....





**DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

**AUTRES**

Si la personne bénéficie d'une mesure de protection, depuis le : ...../...../.....

Tutelle     Curatelle     Autre : .....

Coordonnées du mandataire : .....

.....  
.....

Dossier MDPH     Non     En cours     Oui / N° dossier : .....

Validité du ...../...../..... au ...../...../.....

RQTH     AAH     SAMSAH     SAVS

Autres établissements d'accueil sollicités ? Démarches inabouties ? / Motifs de refus ?

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

Présence d'un animal ? Si oui lequel ? *Joindre copie des vaccinations*

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



## **DOSSIER D'ADMISSION DES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES CORDIA LA ROCHELLE**

### **JOINDRE UN RAPPORT SOCIAL, DATE, REDIGE PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL**

*Reprenant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec celle-ci, sa capacité à vivre en collectivité, son désir ou ses appréhensions à être accueillie en LAM.*

### **DOCUMENTS IMPERATIFS A JOINDRE AU DOSSIER SOCIAL :**

Copie de toutes les pièces justificatives (identité, revenus, attestations de sécurité sociale, ALD, mutuelle, domiciliation, jugement de tutelle ou curatelle ...)

#### **CADRE RESERVE A LA PERSONNE QUI DEMANDE SON ADMISSION EN LAM**

Je soussigné(e) .....  
Demande l'examen de ma candidature en vue d'une admission au sein de votre structure,  
en Lits d'Accueil Médicalisés.

Autres commentaires : .....  
.....  
.....  
.....

Date et signature de la personne : ...../...../.....

### **SIGNATURE ET CACHET DU TRAVAILLEUR SOCIAL INSTRUISANT LA DEMANDE**