

ETABLISSEMENT « LITS D'ACCUEIL MEDICALISES »

Pôle Accompagnement Prévention Soins (PAPS)

67 Place Saint Paul - 76000 Rouen

Contacts : Coordinatrice de Parcours – **Mme Alizée COQUELIN** : 06.89.07.51.93 – a-coquelin@emergence-s.fr

Demande d'admission

La demande d'admission est l'expression d'une démarche volontaire du patient/demandeur, la signature du document par le demandeur est donc un préalable à l'examen de la demande.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) permettent aux personnes majeures atteintes de pathologies lourdes et chroniques (...) de recevoir, en l'absence de domicile et dans l'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté.

1. Le formulaire de demande d'admission en Lits d'Accueil Médicalisés :

Le dossier de demande d'admission en LAM se présente sous la forme de trois parties distinctes :

- Une **partie sociale** à remplir par le travailleur social qui instruit la demande et une note sociale retraçant le parcours de la personne, sa situation globale et ses projets éventuels.
- Une **partie médicale** à compléter obligatoirement par un médecin
- Une **fiche du demandeur**.

Les pièces suivantes sont à joindre au dossier :

- Compte(s) rendu(s), rapport(s) médical(aux) ou lettre du médecin, ordonnances,
- Résultats d'examens médicaux.

Une attention particulière sera portée au parcours du patient afin de prendre en compte la demande d'admission sur un LAM et non sur une structure de droit commun.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

2. Public accueilli :

Personne majeure sans domicile fixe, quelle que soit la situation administrative, atteinte de pathologies chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être pris en charge dans d'autres structures.

3. Décision d'admission :

La validation de la demande d'admission du demandeur est prononcée sous condition d'un avis médical favorable du médecin des LAM. Le Directeur du Pôle Accompagnement Prévention Soins ou la Chef de service des LAM/LHSS par délégation valide la décision du médecin coordinateur en fonction des éléments mentionnés dans la partie sociale, au regard des objectifs médico-psycho-sociaux et des moyens de l'établissement.

4. Durée du séjour :

La durée du séjour est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elle sera définie à l'admission par la commission d'admission et inscrite dans le contrat de séjour. Selon l'évolution de la situation du résident, cette durée de séjour pourra être réévaluée.

5. Contribution au séjour :

Une participation financière à hauteur de 25% des ressources sera demandée aux demandeurs.

ETABLISSEMENT LIT D'ACCUEIL MEDICALISE

Demande d'admission

ATTESTATION DU DEMANDEUR

A l'attention de la coordinatrice de parcours LAM : **Mme Alizée COQUELIN**.

Demande à transmettre par mail : **a-coquelin@emergence-s.fr**

Je soussigné (e) :

Né (e) le :

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés.

Je suis informé(e) qu'un dossier médico-social sera adressé à l'établissement des LAM. Le dossier médical sera réceptionné par le médecin coordinateur des LAM et le dossier social par la coordinatrice de parcours.

En cas d'admission dans l'établissement des LAM, je m'engage à verser chaque mois une participation à l'hébergement représentant 25% de mes ressources.

Fait à :

Le : / /

Signature :

ETABLISSEMENT « LIT D'ACCUEIL MEDICALISE » Demande d'admission

PARTIE SOCIALE

A l'attention de la coordinatrice de parcours LAM : **Mme Alizée COQUELIN.**

Demande à transmettre par mail : **a-coquelin@emergence-s.fr**

Cette fiche sociale doit être accompagnée d'une note sociale.

Cadre réservé au service des LAM

Date de la demande :

Organisme ou Etablissement :
.....

Nom du travailleur social orienteur :
.....

Coordonnées téléphoniques :
.....

Adresse mail :

N° de dossier :

Compte rendu médical : OUI NON

Dossier complet : OUI NON

Date de réception :

Date de réponse :

Avis de la commission : Accord Refus

Si refus Motif :
.....

ETAT CIVIL

Nom : Sexe : Masculin Féminin

Prénom :

Date de naissance : / / Age : ans

Nationalité : Langue parlée :

Lieu de vie actuel : Rue Squat Accueil d'urgence Etablissement de santé Chez un tiers

Domiciliation administrative :

Numéro de Téléphone :

Situation familiale : Marié Veuf Célibataire Divorcé Séparé Vie maritale

Revenus	Indemnités chômage	RSA	Retraite	AAH	Autre :
Montant					

Si autre, précisez la nature :

PROTECTION SOCIALE

N°S S : Organisme :

Date de limite d'ouverture de droits :

Sécurité sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	PUMA(CMU)	CMU compl.	AME	En cours
							Préciser :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Carte nationale d'identité : OUI NON En COURS (date du dépôt) :
Titre de séjour : OUI NON En COURS (date du dépôt) :

Si une procédure de demande d'asile est en cours, précisez le stade de la procédure :

1^{er} stade (primo arrivant) En attente RDV OFPRA Débouté Recours CNDA OQTF délivrée

Si une demande de titre de séjour pour raisons de santé est en cours, précisez la date de dépôt de la demande et son évolution :

Mesure de protection judiciaire : OUI NON En COURS (date du dépôt) :

Si OUI, précisez Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Organisme mandataire et coordonnées du référent :

Dossier MDPH : OUI NON En COURS (date de la demande) :

N° dossier MDPH :

Dossier de surendettement : OUI NON En COURS (date de la demande) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES sur les DEMARCHES ADMINISTRATIVES en COURS :

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

DEMARCHES SOCIALES ET DEMARCHES D'ACCUEIL EN STRUCTURE

DEMANDES D'ACCUEIL EN STRUCTURE ou D'ACCOMPAGNEMENT EN COURS :

FAM MAS EHPAD SSR SAMSAH SAVS ACT

AT Pension de famille CHRS HU Autres :

Précisez le nom de l'organisme sollicité et le positionnement sur la liste d'attente si connu, etc. Faire mention des motifs de refus et des démarches inabouties :

.....

.....

.....

.....

.....

CADA ou HUDA en attente : OUI NON

Une évaluation par le SIAO a-t-elle été effectuée ? OUI NON

Si OUI, précisez par qui et à quelle date ?

DEMARCHES SOCIALES EN COURS :

.....

.....

.....

.....

REFERENTS SOCIAUX ACCOMPAGNANT LA PERSONNE

Organismes	Référents	N° de téléphone

LA PERSONNE EST-ELLE ACCOMPAGNEE D'UN TIERS : OUI NON (La structure ne prend pas en charge l'accompagnant, sauf dérogation – S'entretenir en direct avec la coordinatrice de parcours à ce sujet).

Si oui, précisez le lien de parenté, le nom, le sexe et la date de naissance :

.....

PRESENCE D'UN CHIEN : OUI NON ——— Si oui, quelle catégorie et les vaccins sont-ils à jour :

Accueil de chien possible qu'à compter de 2021 (ouverture d'une nouvelle structure)

ETABLISSEMENT « LIT D'ACCUEIL MEDICALISE »

Demande d'admission

PARTIE MEDICALE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

A l'attention du Médecin coordinateur des LAM : **Dr Romain POUSSIN**

Demande à transmettre par mail : r-poussin@emergence-s.fr

Médecin orienteur et structure :

Tel : **Mail :**

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom :

Sexe : Masculin Féminin

Prénom :

Date de naissance : / /

Nationalité : **Age :**ans

REFERENTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Etablissement	Référent	N° téléphone

PRESENTATION DE LA SITUATION MEDICALE

Pathologie principale pour laquelle le LAM est demandé :

Pathologies autres / Antécédents / Allergies :

Si ALD : Nature de la pathologie ALD :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement associés / nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Stabilisé : OUI NON en cours

Description clinique actuelle :

Conduites additives :

Tabac Alcool Cannabis Opiacés Autres

Suivi en addictologie : OUI NON Si oui, par quelle structure :

Compléments d'informations :

REGIME ALIMENTAIRE OUI NON

Si OUI Préciser la nature du régime et fournir obligatoirement une ordonnance :

Diabétique Sans sel strict Sans sel large Hypocalorique Autre

TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Nature et durée des traitements en cours (joindre ordonnance)

NOM du médicament	Posologie	Durée de la prescription	Observations

PRESCRIPTIONS PARAMEDICALES (kiné, orthoptie, etc...)

Nature	Durée	Fréquence	Observations

CONSULTATIONS ET EXAMENS PREVUS

Lieu de la consultation/examen	Date	Horaire	Nom du médecin ou type d'examen

NATURE DES SOINS INFIRMIERS EN COURS

<input type="checkbox"/> Observance traitements	<input type="checkbox"/> Distribution traitements	<input type="checkbox"/> Surveillance état	<input type="checkbox"/> Pansements
<input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Autres	
Si autre précisez :			
Autonomie dans la gestion du traitement : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> non acquise <input type="checkbox"/> non évaluée			
Le patient est-il informé du diagnostic de sa pathologie chronique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si le pronostic vital est engagé, en est-il informé ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

BILAN D'AUTONOMIE

Degré d'autonomie	Autonome	Aide Partielle	Aide complète	Préciser
Transferts				
Déplacements				
Toilette Hygiène corporelle				
Habillage				
Elimination				
Alimentation				
Repères spatio-temporels				

APPAREILLAGE

<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Sonde(s) - quel(s) type(s) : <input type="checkbox"/> Catheter(s) – quel(s) type(s) : <input type="checkbox"/> Appareil respiratoire <input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Autre :
--

DECISION D'ADMISSION

Cadre réservé au médecin coordinateur des LAM
<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable (<i>motifs</i>) :

Le médecin orienteur (Date, signature, cachet)	Le médecin coordinateur des LAM (Date, signature, cachet)