|  |
| --- |
| DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D’ADMISSION  ACT – ACT « Hors les murs- LHSS – LHSS « Hors les murs » |

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d’admission en :

* Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement
* ACT hors les murs (= sans hébergement)
* Lit Halte Soins Santé (LHSS avec hébergement)
* LHHS hors les murs (= sans hébergement)

**Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que médicale et complété par tous les documents sociaux et médicaux à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d’hospitalisation et de consultations sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d’admission, le dossier ne pourra pas être traité par l’équipe.**

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d’admission ne vaut pas admission. Nous nous engageons cependant à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais à la suite du dépôt du dossier considéré complet.

Veillez à renseigner ce dossier de manière la plus complète possible. En cas de besoin vous pouvez nous solliciter.

Le dossier de demande d’admission en ACT (avec hébergement et « hors les murs ») et LHSS (avec hébergement et mobile) comporte :

* Un volet social
* Un volet médical (qui sera transmis à part en raison de la confidentialité)
* Une **demande motivée de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

**Les prises en charge des ACT et LHSS s’appuient sur des équipes pluridisciplinaires comprenant à la fois du personnel médical, paramédical et social pour proposer une prise en charge médico-psycho-sociale globale et coordonnée.**

* **ZOOM sur les dispositifs**

**Les ACT avec hébergement** accompagnent les personnes atteintes d’une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociale, quelle que soit leur situation administrative.

Nous assurons une mission d’hébergement à titre temporaire ainsi que des missions de suivi et de coordination des soins, de soutien à l’observance des traitements et d’accompagnement psychologique, ainsi qu’une aide à l’insertion. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation.

Les ACT peuvent également assurer des missions complémentaires d’accompagnement médico-social sans hébergement :

**Les ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d’habitat et visent les usagers le plus éloignés de l’offre de soins et des dispositifs de prévention. Les ACT « Hors les murs » peuvent ainsi accompagner des personnes atteintes d’une maladie chronique.

**Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)** avec hébergement accueillent des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont la pathologie ou l’état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une pris en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée, mais est incompatible avec la vie à la rue. La durée de séjour est temporaire : séjours de 2 mois renouvelables (voire plus selon le contexte et les besoins de la personne).

Les LHSS se déclinent également sous la forme « hors les murs »

**Les LHSS « hors les murs »** avec la mise en place d’une équipe mobile. Cette équipe pluridisciplinaire met en place un accompagnement médico-social pour des personnes en grande précarité sociale quel que soit leur lieu de vie et leur statut administratif.

CRITERES D’ELIGIBILTE ACT / LHSS

* Pathologies chroniques somatiques
* Besoin de coordination médico-sociale

CRITERES DE NON ELIGIBILITE

* Addictions isolées
* Pathologies psychiatriques non stabilisées

|  |  |
| --- | --- |
| **Cadre réservé aux ACT, ACT « hors les murs », LHSS, LHSS « hors les murs »** | |
| Numéro de dossier :  Date réception dossier complet :  …../…../……  Décision : ADMISSION  REFUS | Date de commission d’admission :  ……/……../……. |
| AJOURNEMENT  Demande d’informations complémentaires :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Réponse avec avis motivé transmise à :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Le : …./…../…… | |

* **VOLET SOCIAL**

**Merci de renseigner l’ensemble des items contenus dans le dossier. Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**Très important : merci de joindre une copie de chaque document et ou justificatif évoqué dans la suite de la demande (identité, ressources, couverture santé, MDPH, APA, suivi judiciaire etc.)**

**Nature de la demande** (cocher **un seul type** de dispositif d’accompagnement)

|  |
| --- |
| Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement  Hébergement :  collectif  semi-collectif  individuel |
| ACT « hors les murs » |
| Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement |
| LHSS « hors les murs » |

**Personne / structure à l’origine de la demande**

Raison sociale :

Nom et qualité du / de la professionnel(le) :

Tél :

Mail :

Préférence en termes de communication**:**

**LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM – Prénom(s) |  |
| Date de naissance |  |
| Téléphone |  |
| Mail |  |
| Adresse actuelle / organisme de domiciliation |  |
| Lieu de vie actuel | Logement autonome > ☐ Propriétaire ☐ Locataire  Rue  Squat  Hébergé(e) chez un tiers  Hospitalisé(e)  Autre (préciser) |
| FSL | Non  Oui, N° unique : |
| Contingent préfectoral | Non  Oui |
| Carte Vitale | Oui  Perdue / à refaire  En cours de fabrication |
| Nationalité |  |
| Document d’identité | CNI  Passeport  Titre de séjour (préciser la nature du titre et sa validité)  …………………………………………………………………………………………………….  Si titre de séjour, autorisation de travailler : ☐ oui ☐ non |
| Date d’entrée en France, le cas échéant | …./….../…… |
| OQTF | Oui  Non |
| Francophone | Oui  Non |
| Si non francophone, langue utilisée |  |
| Situation familiale | Célibataire  Marié/e  Divorcé/e  Séparé/e  Veuf/ve  Pacsé/e |
| Présence d’un animal | Non  Chien  Chat  Autre (préciser)  Puce d’identification  Oui  Non  Assurance  Oui  Non  Vaccins à jour  Oui  Non |

**COUVERTURE SANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| N° de sécurité sociale |  |
| Organisme de rattachement |  |
| Type de couverture et date de validité |  |
| ALD | Oui  Non |
| Mutuelle | Oui  Non  Date de validité : |
| AME | Oui  Non |

**MDPH**

Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Préciser le contenu de la notification (PCH, AAH, SAMO, RQTH etc.) :

Demande en cours. Date d’envoi :

Accusé de réception de la demande. Date :

Refus, indiquer département, date et motif :

**APA :**

Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Demande en cours. Date d’envoi :

Refus, indiquer département, date et motif :

**RESSOURCES**

|  |  |
| --- | --- |
| Sans | |
|  | Montant mensuel |
| Salaire |  |
| Retraite |  |
| Pensions |  |
| AAH |  |
| Allocation demandeur d’asile |  |
| RSA |  |
| Coordonnées référent(e) : |
| Autres (préciser) |  |
| N° Allocataire |  |
| Mesure de protection | Non  Oui, préciser (nature, coordonnées du mandataire etc.): |

|  |  |
| --- | --- |
| Dossier de surendettement | Oui  Non  En cours |
|  | N° de dossier : |
|  | Montant : |
|  | Décision : |
| Dettes, prêts, crédits | Non  Oui, préciser nature et montant : |
| Banque et Assurance(s) | Compte bancaire :  Non  Oui, préciser :  Contrat obsèques  Non  Oui, préciser :  Autre, préciser : |

**EMPLOI**

Le cas échéant, préciser la nature de l’accompagnement (France Travail, Cap emploi etc.) :

**SUIVI JUDICIAIRE**

Non

Oui, depuis le

Type de mesure :

Coordonnées du référent :

**AUTRES DEMANDES D’ETABLISSEMENTS D’ACCUEIL SOLLICITE(S)** :  Non

Oui, préciser le nom du ou des établissement(s) :

Préciser si démarche inaboutie et motif de refus :

* **VOLET MEDICAL**

**Document confidentiel à l’attention du médecin coordinateur**

**A transmettre sous pli confidentiel à :**

**A l’attention du médecin coordinateur du Pôle précarité Santé – Association Habitat Insertion**

**912, rue de Lille**

**62400 BETHUNE**

**OU par messagerie sécurisée à :**

**equipemedicale-lephare@habitat-insertion.fr**

**Nature de la demande** (attention, veuillez ne cocher **qu’un seul** dispositif)

|  |
| --- |
| Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement |
| ACT « hors les murs » |
| Lits Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement |
| LHSS mobile |

*Pour information, veuillez noter qu’existent également les Lits d’Accueil Médicalisés (LAM) prévus au 9° du I de l’article L.312-1 du CASF.*

*Ce dispositif,* ***qui n’est pas proposé par l’association Habitat Insertion,*** *accueille des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d’autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d’autres structures.*

**MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE** :

Nom :

Etablissement, le cas échéant : Cachet :

Tél :

Mail :

**IDENTITE DU PATIENT**:

Nom – Prénoms :

Nationalité :

Date de naissance :

Tél :

**DONNEES MEDICALES :**

**TRES IMPORTANT : joindre les comptes rendus de consultation et d’hospitalisation, les bilans sanguins les plus pertinents et préciser les principaux rendez-vous médicaux à venir.**

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D’ADMISSION :

Date du début de la maladie :

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX :

PATHOLOGIES ASSOCIEES EN COURS :

ALD :  Non  Oui (préciser pour quelle pathologie) :

ALLERGIES :

GROSSESSE EN COURS

Non  Oui, date prévue d’accouchement

MALADIE PROFESSIONNELLE

Non  Oui, préciser :

TRAITEMENT EN COURS : (**joindre une copie des dernières ordonnances**)

**Gestion habituelle des traitements**

Autonome :  Oui  Non

par une IDE (le cas échéant, indiquer la fréquence du passage) :

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? ☐ Oui ☐ Non (préciser)

**Soins techniques associés** (concerne les LHSS) :

|  |  |
| --- | --- |
| VNI | Trachéotomie |
| Sonde vésicale | Perfusion sous cutanée |
| Traitement IV (préciser) | Sonde nasogastrique |
| Pansement (préciser type, localisation) | Autre (préciser) |
| Besoin en matériel spécifique : | présence d’un germe multirésistant (préciser) |

**AUTONOMIE**

DEFICIT COGNITIF

Non  Oui, préciser :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimentation** | **Hygiène/toilette** | **Continence** |
| Autonome  Aide pour s’alimenter  Régime particulier :  Fausse route  Alimentation entérale  Alimentation parentérale | Autonome  Aide partielle  Aide totale | Incontinence urinaire  Incontinence fécale |
| **Communication** | **Déplacement/orientation** | **Appareillage** |
| Aisance  Difficultés à s’exprimer  Difficultés de compréhension  Déficience auditive  Non verbale | Autonome  Difficultés physiques (escalier, marche prolongée)  Difficultés de transports en commun  Aide totale pour les déplacements  Aide partielle pour les déplacements  Grabataire | Prothèse  Chambre implantable  Cannes/béquilles  Fauteuil  Déambulateur |

**TROUBLES PSYCHIQUES / PSYCHIATRIQUES** :

Non  Oui, préciser :

Suivi :  Non  Oui

Nom(s) du ou des professionnel(s) assurant ce suivi (médecin, psychologue, IDE etc.)

Fréquence du suivi  :

Traitement : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

**SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES**

|  |  |
| --- | --- |
| Idées délirantes | Irritabilité / Instabilité de l’humeur |
| Hallucinations | Déambulation pathologique |
| Agitation / agressivité | Gestes incessants |
| Dépression | Troubles du sommeil |
| Anxiété | Troubles de l’appétit |
| Exaltation de l’humeur | Désinhibition |
| Apathie, indifférence | Autres (préciser) |

**CONDUITES ADDICTIVES** :

Alcool  Tabac  Autres, préciser :

Type de substitution, le cas échéant :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé :  Oui  Non Suivi en médecine de ville :  Oui  Non