

Appartements de Coordination Thérapeutique
10, rue Mazagran
54 000 NANCY
Tél : 03.83.27.80.00 – Fax : 03.83.27.95.08

Lits d'Accueil Médicalisés – Lits Halte Soins Santé
156, boulevard d'Austrasie
54 000 NANCY
Tél : 03.83.30.43.00 – Fax : 03.83.35.27.96



Pôle CHRS et Santé

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Merci de nous retourner ce dossier dûment complété par mail:

➤ **Pour la partie sociale :**

Les demandes ACT : flabich@asso-ars.org

Les demandes LAM – LHSS : tslamlhss@asso-ars.org

➤ **Pour la partie médicale :**

Les demandes ACT – LAM – LHSS : nguehl@asso-ars.org et medecinlam@asso-ars.org

Accueil et Réinsertion Sociale

Pôle CHRS et Santé

156, boulevard d'Austrasie – 54 000 NANCY
Tél : 03.83.30.43.00 – Fax : 03.83.35.27.96

Présentation

L'Association Accueil et Réinsertion Sociale a pour objet d'initier, de développer et conduire tout projet ou action s'inscrivant dans le champ des politiques sociales et médico-sociales, permettant d'améliorer les conditions d'existence des personnes confrontées à des difficultés temporaires ou durables.

Elle entend le faire dans le respect de leur dignité et avec la volonté de valoriser les potentialités de chacune d'entre-elles pour leur permettre d'accéder à des conditions de vie meilleures en position d'acteur de leur propre devenir.

Public accueilli :

Les ACT : Toute personne majeure en situation de précarité, atteinte de **pathologies chroniques**, en capacité de vivre en logement autonome, nécessitant une **coordination thérapeutique**.

Le LAM : Toute personne majeure en situation de précarité, atteinte de **pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes**, de **pronostic plus ou moins sombre**, pouvant engendrer une perte d'autonomie et **ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures**.

Les LHSS : Toute personne majeure en situation de précarité atteinte d'une **pathologie** ou dont **l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médicosociale spécialisée** mais **est incompatible avec la vie de la rue**.

Décision d'admission

L'admission est soumise à l'avis de la commission d'admission, composée de la Directrice d'établissement, des Chefs de Service Educatif, de la Cheffe de Service Paramédical, du médecin responsable du Pôle, du psychologue et des travailleurs sociaux. La commission se réunit régulièrement les lundis matin.

Pour les ACT, un entretien systématique avec le chef de service et le psychologue est effectué en amont de la commission.

Fonctionnement

Durée de séjour / Participation :

Les ACT : La durée de séjour **est temporaire**. La durée prévisionnelle de séjour est de **6 mois, renouvelables en fonction de l'avancé des objectifs de prise en charge**. L'accueil en ACT est soumis à une participation financière à hauteur de 10% du forfait journalier soit 2€/jour. L'accueil se fait en logement autonome.

Le LAM : La durée de séjour **n'est pas limitée**. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie. L'accueil en LAM est soumis à une participation financière à hauteur de 25% des ressources disponibles. L'accueil se fait en chambre individuelle et les repas sont pris en collectivité.

Les LHSS : La durée de séjour **est temporaire**. La durée prévisionnelle de séjour est de **2 mois, renouvelables en fonction de l'avancée des objectifs de prise en charge**. L'accueil se fait en chambre double et les repas sont pris en collectivité.

Accueil :

Les entrées se déroulent en semaine, sauf le vendredi et la veille d'un jour férié.

Pour des raisons sanitaires, l'admission est soumise à un protocole anti-punaise de lit strict. Il s'agit de congeler 72h avant l'entrée, les vêtements du futur résident pour une durée de 3 jours. A l'entrée, une douche protocolaire sera réalisée et l'ensemble des affaires personnelles congelées pendant 72h.

Liste des pièces à joindre OBLIGATOIREMENT

Nous vous remercions de prendre le soin de **bien compléter** ce dossier et de fournir les pièces suivantes :

- ✓ Le dossier administratif dûment complété,
- ✓ Le dossier social dûment complété,
- ✓ Le dossier médical dûment complété,
- ✓ L'attestation de demande d'admission,
- ✓ Une lettre de motivation rédigée par le candidat exposant son projet,
- ✓ Une évaluation sociale émanant du référent social*.

**La commission d'admission souhaite un rapport social étayé visant à expliquer la situation sociale du candidat. Ce rapport devra aborder les points suivants :*

- ✓ *Situation personnelle et familiale,*
- ✓ *Parcours professionnel,*
- ✓ *Situation administrative,*
- ✓ *Impact de la situation médicale sur la situation sociale,*
- ✓ *Situation budgétaire,*
- ✓ *Parcours résidentiel et/ou institutionnel,*
- ✓ *Evolution en structure (pour les candidats issus d'hébergement de type CHRS, etc...),*
- ✓ *Autonomie dans la vie quotidienne,*
- ✓ *Réseau social et familial,*
- ✓ *Activité de socialisation,*
- ✓ *Conclusion : Y a-t-il un projet post-ACT ? En quoi un séjour en ACT peut-il favoriser la réalisation de cet objectif ?*

Et le cas échéant,

- ✓ Une copie de la pièce d'identité en cours de validité,
- ✓ Une attestation de droit à l'exercice parentale,
- ✓ Une copie du contrat RSA,
- ✓ Un justificatif des ressources,
- ✓ Une copie de l'attestation de sécurité sociale,
- ✓ Une copie de l'attestation de mutuelle,
- ✓ Une copie de votre notification de droit MDPH,
- ✓ Une copie de l'ensemble des documents médicaux étayant la pathologie.

Ainsi que tout autre document que vous jugerez utile à l'examen de la demande.

En l'absence des éléments demandés, le dossier ne sera pas pris en compte.
Merci de bien vouloir renseigner tous les items contenus dans ce dossier. Tout dossier incomplet ne sera pas traité et renvoyé à l'expéditeur.

SUIVI DU DOSSIER

Identité de l'établissement instruisant la demande :	
Raison sociale :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Téléphone :	

Nom et qualité du référent :	
Nom :	
Prénom :	
Qualité :	
Téléphone :	
Mail :	

Service sollicité par le référent :	
ACT	
LHSS	
LAM	

**Si plusieurs choix, merci de le justifier dans la note sociale.*

Information sur le candidat :	
Date d'entrée dans l'établissement actuel :	

CADRE RESERVE AUX ACT / LHSS / LAM	
Date de réception du dossier complet :	
Date de la commission d'admission :	
Décision :	Favorable / Défavorable / Ajournement
Demande d'informations complémentaires :	
Réponse adressée le :	

VOLET SOCIAL

Etat civil du candidat

Identité du candidat			
Nom :			
Prénom :			
Adresse actuelle ou organisme de domiciliation :			
Code postal :			
Ville :			
Téléphone :			

Sexe :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :			
Age :			

Nationalité :			
Date d'entrée en France :			
Langues parlées :			
Nature des démarches en cours :			

Situation familiale :				
Enfants :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	A charge :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Précisez nom, prénom et date de naissance, adresse et téléphone des enfants</i>				
Avez-vous l'exercice de l'autorité parentale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous l'exercice d'un droit de visite ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

Mesure de protection :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ?	
Date de fin de la mesure :	
Adresse de l'organisme :	

Situation financière du candidat

Ressources	
Type	Montant
Total	

Charges	
Type	Montant
Total	

Dettes	
Type	Montant
Total	

Un dossier de surendettement est-il instruit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, où en est la procédure ?	

Couverture sociale du candidat

Pièce d'identité	Numéro	Date de validité

Numéro d'allocataire CAF :	
----------------------------	--

Couverture sociale	Numéro	Date de validité
PUMA		
AME		
ALD		

Un dossier MDPH a-t-il été déposé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de dépôt :	

CMU-C/Mutuelle	Numéro	Date de validité
Si mutuelle, indiquez les coordonnées		

Reconnaissance MDPH	Oui/Non	Date de validité
AAH		
RQTH		
PCH		
Orientation vers un EMS		
Autre :		

**NB : Sauf dérogation, une personne accueillie en ACT ne peut bénéficier de son plan PCH (aides humaines).*

Autres intervenants auprès du candidat

Noms	Coordonnées

Y-a-t-il un accompagnant ?	
Y-a-t-il un animal de compagnie ?	

Nous rappelons que l'accompagnant doit pouvoir disposer des ressources nécessaires et suffisantes à son entretien.

L'accueil d'un animal de compagnie est conditionné à l'accord de la direction de l'établissement.

Le candidat propriétaire de l'animal doit être assuré au titre de la responsabilité civile.

**NB : Seul le dispositif des ACT, permet la garde d'un animal de compagnie.*

A	Signature et cachet du professionnel instruisant la demande
Le	

CADRE RESERVE A LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'ADMISSION EN ACT/LHSS/LAM

Je soussigné (e) _____

Demande l'examen de ce dossier d'admission pour intégrer le dispositif : ☐ACT ☐LHSS ☐LAM

**Si plusieurs choix, merci de précisez votre ordre de préférence.*

Commentaires :

Personne à prévenir (identité et coordonnées) :

Personne de confiance (identité et coordonnées) :

Date et signature : _____

MODELE DE LETTRE DE MOTIVATION

Ma situation actuelle :

Ce dont j'ai besoin :

Ce dont j'ai envie :

Ce que je souhaite au terme de la prise en charge :

Autre :

VOLET MEDICAL

Etat civil du candidat

Identité du candidat	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Age :	

Identité des intervenants médicaux
Etablissement accueillant le candidat au moment de la demande :
Médecin demandeur (Nom et coordonnées téléphoniques) :
Médecin traitant (Nom et coordonnées téléphoniques) :
Médecins spécialistes référents (Noms et coordonnées téléphoniques) :
Autres professionnels de santé intervenants (Noms et coordonnées téléphoniques) :

Données médicales

Pathologie principale motivant la demande :

Joindre une anamnèse, les éléments cliniques, les résultats biologiques, les radiographies, etc...

Pathologies associées :

Troubles psychiques et/ou pathologies psychiatriques :	
Date de diagnostic :	
Type de pathologie :	
Stabilisation depuis le :	
Coordonnées du médecin spécialiste référent :	

Symptômes comportementaux et psychologiques		
	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur, dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité, instabilité de l'humeur		
Comportements moteurs aberrants : Déambulations pathologiques		
Comportements moteurs aberrants : Gestes incessants		
Comportements moteurs aberrants : Risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Conduites addictives			
	Quantité	Date de début de consommation	Date de sevrage
Alcool			
Tabac			
Héroïne			
Cocaïne			
Cannabis			
Benzodiazépine			
Autres			
Coordonnées du médecin spécialiste référent :			

Traitements :
<i>Joindre une copie de la dernière ordonnance.</i>

Gestion des traitements					
Autonome	Oui		Non		
Infirmière Diplômée d'Etat Libérale	Passage quotidien		Préparation du pilulier	Autre	
Pharmacie	Quotidien		Hebdomadaire	Mensuel	

Ventilation
Le candidat est-il sous oxygénothérapie ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le débit :
Le candidat est-il susceptible de nécessiter une oxygénothérapie à court terme ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le candidat bénéficie-t-il d'une VNI ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le débit :
Le candidat a-t-il besoin d'une prise en charge de kinésithérapie respiratoire ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le nombre de séances par semaine :
Le candidat a-t-il eu une trachéotomie ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Soins techniques associés
Pansements : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser le type de pansement, la localisation et le stade de cicatrisation :
Soins cutanés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser :
Perfusions sous cutanées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perfusions intra-veineuses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser :
Autres, préciser :
Le candidat a-t-il des besoins en matériels spécifiques (pompe à morphine, pompe d'alimentation, ...)
Présence d'un germe multi-résistant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précautions complémentaires :

Elimination
Port de protection de jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protections :
Port de protection de nuit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protections :
Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :

Alimentation
Régime spécifique (à préciser) :
Texture modifiée (à préciser) :
Sonde naso gastrique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GEP (préciser le protocole d'alimentation entérale :

Mobilité
Kinésithérapie motrice : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser le nombre de séance par semaine :
Aides techniques à la marche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser :

Mesure de prévention	
<input type="checkbox"/> Matelas mémoire de forme	<input type="checkbox"/> Matelas à air
<input type="checkbox"/> Coussin mémoire de forme	<input type="checkbox"/> Coussin à air
<input type="checkbox"/> Bas de contention	<input type="checkbox"/> Chaussettes de contention
<input type="checkbox"/> Bandes à varice	<input type="checkbox"/> Maintien au fauteuil, type
<input type="checkbox"/> Maintien au lit, type	<input type="checkbox"/> Barrières de lit

A	Signature et cachet du professionnel instruisant la demande
Le	

Grille AGGIR

Pour chacun des items, cochez la case correspondant en vous aidant des adverbes ci-dessous :					
SPONTANEMENT : sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer.		Si aucun adverbe ne correspond, cocher A. S'ils correspondent tous, cocher C. Si cela ne correspond qu'en partie, cocher B.			
TOTALEMENT : en assurant l'ensemble de l'activité, en aller/retour si concerné.					
CORRECTEMENT : sans se mettre en danger, correctement et en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées.					
HABITUELLEMENT : chaque fois que cela est nécessaire et souhaité, autant que besoins.					
Activité réalisée par la personne seule		A	B	C	Commentaires
Cohérence	Communication				
	Comportement				
Orientation	Dans le temps				
	Dans l'espace				
Toilette	Haut				
	Bas				
Habillage	Haut				
	Moyen				
	Bas				
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Elimination	Urinaire				
	Fécale				
Transferts					
Déplacements	Intérieur				
	Extérieur				
Alerter					
Gestion	De l'argent				
	Administratif				
Cuisine					
Ménage					
Transports					
Achats					
Suivi du traitement					
Activités du temps libre					