DEMANDE D'ADMISSION

1. FICHE MEDICALE (CONFIDENTIELLE)

Demande à faxer au secrétariat médical : 04 72 38 83 49
ou à envoyer par mail : admission.lam@hestia-orsac.fr
(Rapport médical daté joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure).

Etablissement instruisant la demande : …… …… Nom du médecin demandeur : …… …… Tel :……./…… /……./…… /…… Fax :……./…… /……./…… /…… ……@……	**RESERVE AU SERVICE LAM** N° de dossier : …… Avis motivé : ……

Identité du candidat :

Nom : ……..	Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Prénom : ……	Date de naissance : ……
Age : ……	

Renseignements médicaux (CR médical à joindre en PJ)

- Pathologie principale :

- Pathologies associées :

-Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement/Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Stabilisé : Oui ☐ Non ☐

Psy référent : Psychiatre ou psychologue

Suivi : lieu et fréquence :

- Problème d'addiction :
Suivi en addictologie : Oui ☐ Non ☐

Référent :

Suivi : lieu et fréquence :

Le patient est-il informé sur le diagnostic : Oui ☐ Non ☐

Le pronostic : Oui ☐ Non ☐

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

TRAITEMENT ACTUEL

Nom du médicament (en lettres majuscules)	MATIN	Midi	Soir	Coucher	Durée du Traitement (jours / sem / mois)

Autonomie de la prise de médicaments : Oui ☐ Non ☐

SOINS :

Infirmiers Oui ☐ Non ☐

Kiné : Oui ☐ Non ☐

AUTRES COMMENTAIRES :

……

……

……

……

……

……

……

Date, signature et cachet du médecin

DEMANDE D'ADMISSION LIT D'ACCUEIL MEDICALISE (LAM)
D'HESTIA

Demande à faxer au secrétariat médical : 04 72 38 83 49
Ou envoyer par mail : admission.lam@hestia-orsac.fr

Les Lits d'Accueil médicalisés permettent aux personnes majeures atteintes de pathologiques chroniques (…) de recevoir, en l'absence de domicile et dans l'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté ». Art.3 Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur des personnes en situation de précarité.

2. FICHE SOCIALE

Etablissement instruisant la demande : ……. ……	Réservé au service LAM N°
Nom et qualité du travailleur social : …….. ……	Date de Réception : Date de Réponse :
Adresse : …… …….....	
Tel : …….	Compte-rendu médical : Oui/non
Fax :…….	Avis de l'équipe
@ …….	

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : …… **Prénom :**…….

Date de naissance :……. /……. /……. Sexe M ☐ F ☐

Domiciliation administrative ……
……
…… Tel : ……

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ Autre ☐

Ascendants : …… Descendants : …….

Personne de confiance/proche : …… Portable : ……

Nationalité : Française ☐ CEE ☐ Autre ☐

Si autre préciser laquelle :……..

Date d'entrée en France :……..

Coordonnées de l'interlocuteur / référent : ……..

Nature du titre de séjour et durée de validité ……

Nature et date des démarches en cours :……

Nature et date des démarches à venir : ……

SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION :

Nature de la mesure:……

Date de validité : ……

Nom et adresse et tél du mandataire :

……

……

POUR LES DEMANDEURS D'ASILE

Pays d'entrée où la demande d'Asile a été faite : ……

Date à laquelle la demande a été faite : …… APS : OUI/NON Fin de validité……

HEBERGEMENT ACTUEL :

Type de structure	
Coordonnées	

SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE :

Organisme de domiciliation :……..

Ressources :

Salaire : …….. RSA : ……

Retraite :…… AAH ou Pension d'invalidité : ……

Autre (préciser) :……

Dossier de surendettement : OUI ☐ NON : ☐

N°SS : …… Organisme : ……

ALD : OUI ☐ NON ☐ Mutuelle : OUI ☐ NON ☐ PUMA OUI ☐ NON ☐

CMUC : OUI ☐ NON ☐ CMU D'URGENCE OUI ☐ NON ☐ AME : OUI ☐ NON ☐

Dossier MDPH : OUI : ☐ NON ☐ En cours : ☐ Acquis : ☐

N° de dossier MDPH :

Autres : ……

Y a-t-il eu des demandes d'accueil en structure (EPHAD- Fam- service de soins de suite, SAMSAH, SAVS autres ?)

……

……

Faire mention des démarches inabouties : ……..

……

……

Motifs de refus : ……..

……

……

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 A JOINDRE AU DOSSIER SOCIAL :

- ✓ Copie de toutes les pièces justificatives (identité, revenus, attestation de sécurité sociale, ALD, mutuelle, domiciliation, jugement de tutelle ou de curatelle …)

SIGNATURE ET CACHET DU TRAVAILLEUR SOCIAL INSTRUISANT LA DEMANDE

DEMANDE D'ADMISSION

3. FICHE DU DEMANDEUR

Je soussigné (e) …….

Né (e) le :…….

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

Je suis informé (e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

En cas d'admission dans la structure LAM, une participation financière à hauteur de 25% de mes ressources me sera demandée.

Fait à :…….

Le : ……

Signature :