|  |
| --- |
|  |
|  |
| **DOSSIER UNIQUE** |
| **ACT** – Appartement de Coordination Thérapeutique  **LHSS** – Lit Halte Soin Santé  **LAM** – Lit d’Accueil Médicalisé  **ACT Hors les murs**  **LHSS mobile / EMSP** |

* **Ce dossier ne concerne pas le dispositif ACT**

**« Un chez soi d’abord »**

SOMMAIRE

[**NOTICE** 2](#_Toc162420393)

[**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION** 5](#_Toc162420394)

[DONNÉES MÉDICALES 6](#_Toc162420395)

[AUTONOMIE 8](#_Toc162420396)

** Ce dossier ne concerne pas le dispositif « Un chez soi d’abord »**

**NOTICE**

Chers partenaires,

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**
* Lit d’Accueil Médicalisé (**LAM**)
* Lit Halte Soins Santé (**LHSS**) avec hébergement
* **LHSS mobile** / **EMSP** (Equipe Mobile Santé Précarité)

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **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’hospitalisations et de consultations sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d’admission, le dossier ne pourra être traité par l’équipe.

Voici le parcours de la demande après réception dans les établissements ou guichets unique :

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d’admission ne vaut pas admission. L’établissement ou service sollicité s’engage à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais suite à son dépôt considéré complet. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter le guichet unique ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez.

**Le dossier de demande d’admission en ACT, LAM, LHSS comporte :**

* **Un volet médical** (annexe à part en raison de la confidentialité),
* **Un volet social et**
* **Une demande de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

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

**ZOOM SUR LES DISPOSITIFS**

**Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** **avec hébergement** accompagnent les personnes, majeures ou mineures (alors accompagnées d’au moins un des titulaires de l’autorité parentale) atteintes d’une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociales. Un accompagnement est, en effet, indispensable pour ces patients dont la situation de précarité met en jeu la stabilisation de leur santé et, plus généralement, celle de leur bien-être et des autres dimensions de leur vie. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation. Toutefois, leurs fragilités et leur dépendance dans l’accomplissement des gestes de la vie quotidienne affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, les **ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d’habitat, ou non, et visent les usagers les plus éloignés de l’offre de soins et des dispositifs de prévention.

**Il importe de noter que si l’accompagnement en ACT est temporaire, il n’est pas limité dans le temps**.

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

**Les LHSS mobiles** et les **Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP)**constituent une activité complémentaire de LHSS avec hébergement déjà autorisés.

**Les LHSS pédiatriques** accueillent des personnes mineures accompagnées de leur mère sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être pris en charge par d’autres structures, dont la pathologie ou l’état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

**Le LHSS de jour** est une porte d’entrée vers une prise en charge médico-sociale et coordonne le parcours de la personne dès son entrée au sein du dispositif grâce au développement d’une coopération avec l’ensemble des acteurs du territoire. Il permet ainsi d’articuler les secteurs du social, du médicosocial et du sanitaire dans une logique de prise en charge globale des besoins de la personne.

En complément des prestations médicales et paramédicales, le LHSS de jour propose des prestations à caractère social, assurées par des travailleurs sociaux, en fonction des besoins de la personne, permettant notamment d’effectuer des démarches d’accès aux droits ou de les orienter vers les dispositifs d’insertion de droit commun et l’accès au logement ou à un hébergement.

Il peut aussi fournir des prestations en matière d’hygiène : douches, laverie, coiffure, pédicure, manucure, etc. Diverses activités, animations ou ateliers peuvent également être instaurés pour faciliter la création du lien. Selon les modalités d’intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène).

**Les Lits d’Accueil Médicalisés (LAM)** prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF, accueillent 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. La durée du 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.

CRITERES D’ADMISSION/INCLUSION

* Pathologies chroniques somatiques (ou suspicion de)
* Besoin de coordination médico-psycho-sociale

CRITERESDE **NON** ELIGIBILITE

* Addictions isolées
* Pathologies psychiatriques non stabilisées

**A NOTER** :

Les troubles psychiatriques ou troubles cognitifs sévères (avec refus de la personne de les travailler) seront un motif de non admission/inclusion pour une intervention **ACT Hors les murs à domicile**.

Ce critère de refus ne vaut pas pour les interventions ACT Hors les murs à la rue, ou en AHI.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION**

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

**À transmettre par voie postale sous pli confidentiel à :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Ou par messagerie sécurisée à :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement**  **Individuel  Semi collectif  Collectif** |
| **Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement** |
| **Lit d’Accueil Médicalisé (LAM)** |
| **ACT Hors les murs avec différents modes d’interventions possibles :**  Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d’une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d’une personne sortante d’un ACT avec hébergement ;   * Un accompagnement d’une personne hébergée dans un établissement d’hébergement social (n’ayant pas d’équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d’asile ; * Un accompagnement auprès d’une personne ayant un lieu non prévu pour l’habitation (rue, véhicule, hall d’immeuble, abri de fortune, …) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d’hôtel payée par une association ou un autre organisme d’aide, …) |
| **LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)** |

**MEDECIN INSTRUISANT DE LA DEMANDE :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tampon :



**IDENTITÉ DU PATIENT :**

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Féminin Masculin Transgenre Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## DONNÉES MÉDICALES

**TRES IMPORTANT ! Joindre les comptes rendus de consultation et d’hospitalisation les plus pertinents**

**PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D’ADMISSION :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Stabilisé  Evolutif Stade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date du début de la maladie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES :**  Oui  Non

Si « oui », lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi :  Non  Oui Service ou médecin référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement :  Non  Oui, préciser :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 |

Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**CONDUITES ADDICTIVES :**  Alcool  Tabac  Autres addictions

Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de substitution : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Depuis quand : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

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

**GROSSESSE EN COURS :**

Non  Oui, date prévue d’accouchement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TRAITEMENT EN COURS :** **(joindre une copie des dernières ordonnances pour les LHSS, LAM)**

Médicamenteux :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gestion habituelle des traitements : Autonome :  Oui  Non

Par une IDE :  Passage quotidien  Passage hebdomadaire

Projet de soins :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**VENTILATION : (concerne demande LHSS, LAM)**

Oxygénothérapie :  Non  Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ?  Oui  Non

VNI :  Non  Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Kinésithérapie respiratoire :  Non  Oui (nombre de séances /semaine) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Trachéotomie :  Non  Oui

**SOINS TECHNIQUES ASSOCIÉS :** **(concerne demande LHSS, LAM)**

Pansement

Préciser type de pansement, localisation, stade :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Temps des soins : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins cutanés

Préciser :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Perfusion sous-cutanée

Perfusion intra-veineuse, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, …) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence d’un germe multi résistant :  Oui  Non

Précaution complémentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## AUTONOMIE

DÉFICIT COGNITIF  Non  Oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimentation** | **Hygiène/toilette** | **Continence** |
| Autonome  Besoin d’aide pour s’alimenter  Régime particulier :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fausse route  Alimentation entérale  Alimentation parentérale | Autonome  Aide partielle  Aide totale | Incontinence urinaire  Incontinence fécale  Sonde à demeure  Stomie (type) :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Communication** | **Déplacement / Orientation** | **Appareillage** |
| Aisance  Difficultés à s’exprimer  Difficultés de compréhension  Déficience auditive  Non verbale  Barrière de la langue :  Dit quelques mots en français  Se fait comprendre pour la vie quotidienne  Conversation possible | Autonome  Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...)  Difficultés de transport en commun du fait de :  Troubles visuels  Pb de lecture ou de compréhension du français  Aide pour les déplacements :  Totale  Partielle  Grabataire | Lit médicalisé  Verticalisateur  Lève malade  Matelas à air  Pace maker  Prothèse  Chambre implantable  Dialyse péritonéale  Cannes/béquilles  Fauteuil  Déambulateur |

**BESOIN D’ACCOMPAGNEMENT POUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| Compréhension de la maladie | Compréhension du traitement |
| Observance | Coordination des soins |

Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature :



En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.