

# DOSSIER UNIQUE

**ACT** – Appartement de  
Coordination Thérapeutique

**LHSS** – Lit Halte Soins 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
DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION .....	6
RAPPORT SOCIAL ET PROJET A LONG TERME PRÉCONISÉ .....	12
PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR (la personne sollicitant son admission) .....	13
FICHE NAVETTE DISPOSITIFS HORS LES MURS .....	15

## NOTICE

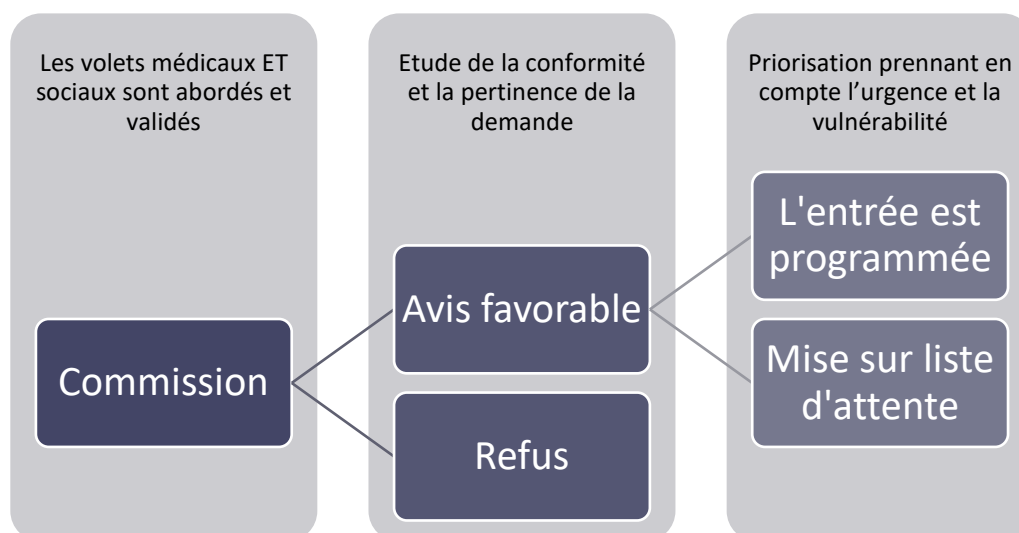
Chers partenaires,

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 un plus, voir indispensables selon les dispositifs. **Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra être traité par l'équipe (hors dispositifs hors les murs, cf. fiche navette dédiée en fin de dossier).**

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



Ce dossier unique de demande d'admission vise à simplifier le processus d'admission. Ainsi, il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d'établissements que vous sollicitez.

Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier aux établissements sollicités et pour les territoires disposant d'un guichet unique, en adressant un seul exemplaire au guichet unique (Région Ile-de-France, département du Rhône et Haute-Garonne).

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, quelles que soient leur situation administrative.

Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et assurent des missions d'hébergement à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, 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.

Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement pour les personnes mentionnées au premier alinéa ».

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 et visent les usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. Chaque ACT « Hors les murs » doit ainsi pouvoir accompagner des personnes atteintes d'une maladie chronique :

- Qui disposent d'un logement ;
- Accueillies dans des dispositifs sociaux qui correspondent à leur niveau d'autonomie mais dont la prise en charge doit être adaptée à leur situation de santé, ce pour quoi les professionnels du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI) ne sont pas formés. L'accompagnement se caractérise alors par son centrage sur la santé, principalement autour de la coordination des soins, en complémentarité avec celui réalisé dans les autres domaines par les professionnels de l'établissement d'hébergement ;
- Vivant à la rue ou dans des habitats de fortune qui ne peuvent ou ne veulent intégrer un ACT avec hébergement, en tout cas dans un premier temps, alors que leur état de santé réclame un accompagnement psycho-médicosocial immédiat. Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, ils répondent ainsi au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat 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.** Il doit ainsi pouvoir se poursuivre autant que de besoin, jusqu'à ce que l'utilisateur soit autonome ou orienté vers un dispositif d'aval (structure de l'AHJ, des secteurs personnes âgées [PA] ou personnes handicapées [PH], lit d'accueil médicalisé [LAM], etc.). La situation de départ d'un usager peut ainsi pleinement justifier une prise en charge non seulement inscrite dans le temps mais également sur un temps relativement long.

**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, et nécessitant des soins médicaux/paramédicaux afin de prévenir des situations de complication ou de renoncement aux soins. La durée de séjour est temporaire : séjour de 2 mois renouvelables (voire plus selon les besoins et le contexte de la personne). L'orientation peut être faite par un professionnel de santé dont le SIAO s'il dispose d'une IDE dans son équipe.

**Les LHSS mobiles** constituent une activité complémentaire de LHSS avec hébergement déjà autorisés (article D. 312-154 du CASF). **Les Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) sont des structures médico-sociale répondant au même cahier des charges que les LHSS mobiles.**

**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.

Le LHSS peut mettre en place une activité d'ouverture de droit (mise en place d'une permanence CPAM, solutions personnalisées de Pôle emploi en faveur des personnes en situation de fragilité...) ou de domiciliation. 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 : cours de langue, ateliers de prévention en matière de santé, cafés, etc. Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Cette mission doit être assurée en articulation - voire uniquement en cas d'absence - avec les équipes de veille sociale intervenant sur le territoire.

**Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)** 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.

### Critères médicaux de **non** éligibilité

ACT et ACT Hors les murs	LAM	LHSS, LHSS mobile et de jour, EMSP
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de pathologie chronique</li> <li>- Absence de besoin significatif de coordination médicale</li> </ul> <p><u>Selon le projet d'établissement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Addictions isolées</li> <li>- Pathologies psychiatriques non stabilisées</li> <li>- Pathologies psychiatriques isolées</li> </ul> <p><b>A NOTER :</b> 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 <b>ACT Hors les murs à domicile</b>. Ce critère de refus ne vaut pas pour les interventions ACT Hors les murs à la rue, ou en AHI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de pathologie chronique</li> <li>- Prise en charge médicale trop lourde</li> </ul>	<p>Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perfusé</li> <li>- trachéotomisé</li> <li>- sous oxygène</li> <li>- grabataire</li> <li>- toxicomane non substitué</li> <li>- alimentation entérale continue</li> <li>- sonde urinaire à demeure ou cathéter sus pubien</li> <li>- présentant des troubles cognitifs majeurs</li> </ul>

### Critère sociaux de **non** éligibilité

Les ACT, LAM et LHSS ont la spécificité d'offrir un accueil inconditionnel.

ACT et ACT Hors les murs	LAM	LHSS, LHSS mobile et de jour, EMSP
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de situation de vie précaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de situation de vie précaire</li> <li>- Mineur</li> <li>- Demande non portée par la personne</li> <li>- Accompagnant(s)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de situation de vie précaire</li> <li>- Mineur (sauf LHSS pédiatrique)</li> <li>- Accompagnant(s) (sauf LHSS pédiatrique, EMSP périnatalité)</li> </ul>

## DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

À adresser par voie postale à .....  
ou par messagerie sécurisée à .....

☐ **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)**

**Structure ou personne à l'initiative de la demande** (Raison sociale et adresse) :

.....  
.....

**Nom et qualité du professionnel :** .....

**Tél :** ..... **Mail :** .....

### Cadre réservé aux ACT, LAM, LHSS

Date réception dossier complet :

...../...../.....

Date de commission d'admission :

...../...../.....

Décision : ADMISSION ☐ REFUS ☐

Motif : .....  
.....

AJOURNEMENT ☐

Demande info complémentaires : .....  
.....

Réponse avec avis motivé transmise à : .....  
.....

Le : ...../...../.....

**Merci de renseigner tous les items contenus dans le dossier.  
Tout dossier incomplet ne pourra être traité et sera renvoyé à l'expéditeur.**

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre ☐ Intersexe

Tél : ..... Mail : .....

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation : .....

.....

.....

Lieu de vie actuel : ☐ Rue ☐ Squat ☐ Hébergé(e) chez un tiers ☐ Hospitalisé(e) ☐ Autre  
(préciser) : .....

.....

Si logement autonome, préciser statut : ☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Autre (préciser) : .....

.....

Carte vitale : ☐ Oui ☐ Perdue/à refaire ☐ En cours de fabrication

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : .....

Date d'entrée en France : .....

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : ..... : ☐ Lu ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié/e ☐ Divorcé/e ☐ Séparé/e ☐ Veuf/ve ☐ Pacsé/e

## IDENTITÉ DES ACCOMPAGNANTS

Enfant(s) et/ou accompagnant(s) : *toute personne non malade (conjoint, enfant, proche, ...) et donc non pris en charge mais vivant avec le demandeur, dans le même logement, lieu de vie au jour de la demande*

Nombre de personne(s) accompagnante(s) : .....

Nombre de malades : .....



**A compléter pour chaque accompagnant**

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : .....

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : .....

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre  
(préciser) : .....

Date d'entrée en France : .....

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : ..... : ☐ Lu ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

**A compléter pour chaque accompagnant**

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : .....

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : .....

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre  
(préciser) : .....

Date d'entrée en France : .....

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : ..... : ☐ Lu ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

**A compléter pour chaque accompagnant**

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : .....

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : .....

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre  
(préciser) : .....

Date d'entrée en France : .....

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : ..... : ☐ Lu ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

**A compléter pour chaque accompagnant**

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : .....

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : .....

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre  
(préciser) : .....

Date d'entrée en France : .....

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : ..... : ☐ Lu ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

Présence d'un animal ? ☐ Non ☐ Oui :

☐ Chien ☐ Chat ☐ Autre (précisez) : .....

L'animal est-il vacciné ? ☐ Non ☐ Oui (joindre attestation de vaccination)

**DÉMARCHES EN COURS :** ☐ Non ☐ Oui, précisez : .....

**DÉMARCHES NON ABOUTIES :** ☐ Non ☐ Oui, précisez : .....

**PRÉCONISATION SIAO ?** ☐ Non ☐ Oui, précisez la date et les coordonnées du référent SIAO (tél, mail) : .....

**AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S)?** ☐ Non

☐ Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) : .....

**COUVERTURE SANTÉ :** ☐ Sans

N° Sécurité Sociale : .....

Organisme de rattachement : .....

☐ Droits de base ☐ PUMA ☐ CMU ☐ ALD

☐ Mutuelle valable du ..... au .....

☐ CSS valable du ..... au .....

☐ AME valable du ..... au .....

☐ En cours

☐ Autres : .....

**MDPH :** ☐ Non

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

PCH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

AEEH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Demande en cours, envoyée le : .....

☐ Refus, indiquer département, date et motif : .....

**APA:** ☐ Non

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

☐ Demande en cours (envoyée le .....)

☐ Refus, indiquer département, date et motif : .....

**RESSOURCES :** ☐ Sans

☐ Salaire   ☐ RSA   ☐ Retraite   ☐ Pensions   ☐ AAH   ☐ AEEH   ☐ ATA   ☐ Autres

Montant mensuel : .....

N° Allocataire : .....

Dossier de surendettement : ☐ Non   ☐ Oui   ☐ En cours

Numéro de dossier : .....

Décision : .....

Dettes, prêts, crédits : ☐ Non   ☐ Oui, précisez : .....

**SUIVI JUDICIAIRE :** ☐ Non   ☐ Oui, depuis le .....

Type de mesure : .....

Coordonnées du référent : .....

**AUTRE(S) DEMANDE(S) d'établissements d'accueil sollicité(s) :** ☐ Non

☐ Oui, précisez le nom de l'établissement(s) : .....

Précisez si démarche inaboutie et motif de refus : .....

[illegible]

Date et signature du professionnel instruisant la demande : .....

## PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR (la personne sollicitant son admission)

Je soussigné(e) : .....

Demande l'examen de ce dossier d'admission pour intégrer le dispositif :

☐ ACT   ☐ LAM   ☐ LHSS   ☐ ACT Hors les murs   ☐ LHSS mobile/EMSP   ☐ LHSS de jour

Lettre de motivation (à titre d'exemple) :

*Ma situation actuelle...*

*Ce dont j'ai besoin...*

*Ce dont j'ai envie...*

*Ce que je souhaite au terme de la prise en charge...*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personne à prévenir (identité et coordonnées) :

.....

.....

.....

.....

Personne de confiance (identité et coordonnée) :

.....

.....

.....

Date et 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.

**Autorisation de recueil de données médicales**

Je soussigné(e) .....

Né(e) le .....

Autorise le médecin de la structure à procéder au recueil de toutes les informations médicales utiles à l'étude d'admission et de mon suivi dans cette structure. Celui-ci est dès à présent le dépositaire du secret partagé entourant mon état de santé. J'ai pris bonne note que dans le cas où il ne serait pas possible de donner une suite favorable à ma candidature, les documents qui auront été transmis avec mon autorisation au médecin de la structure seront détruits sans qu'il ne puisse être conservé aucune copie de quelque nature qu'il soit.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

## FICHE NAVETTE DISPOSITIFS HORS LES MURS

À adresser par voie postale à .....

ou par messagerie sécurisée à .....

☐ **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)**

☐ **LHSS de jour**

**Structure ou personne à l'initiative de la demande** (raison sociale et adresse) :

.....  
.....

**Nom et qualité du professionnel :** .....

.....

**Tél :** ..... **Mail :** .....

☐ Je certifie avoir informé la personne concernée de la transmission de ces informations à votre structure

**Cadre réservé à l'établissement**

Date réception dossier complet :

...../...../.....

Date de commission d'admission :

...../...../.....

Décision : ADMISSION ☐ REFUS ☐

Motif : .....

.....

AJOURNEMENT ☐

Demande info complémentaires : .....

.....

.....

Réponse avec avis motivé transmise à : .....

.....

.....

Le : ...../...../.....



## INFORMATION PATIENT

NOM - Prénoms : .....

Date de naissance : .....

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre ☐ Intersexe

Tél : ..... Mail : .....

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :  
.....  
.....

Lieu de vie actuel : ☐ Rue ☐ Squat ☐ Hébergé(e) chez un tiers ☐ Hospitalisé(e) ☐ Autre  
(préciser) : .....

Si logement autonome, préciser statut : ☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Autre (préciser) : .....

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : .....

Nature du titre de séjour : .....

Validité du titre de séjour jusqu'à : .....

Langue parlée : .....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié/e ☐ Divorcé/e

☐ Séparé/e ☐ Veuf/ve ☐ Pacsé/e

Entourage présent : .....

**RESSOURCES :** ☐ Sans

☐ Salaire ☐ RSA ☐ Retraite ☐ Pensions ☐ AAH ☐ AEEH ☐ ATA ☐ Autres

Montant mensuel : .....

**AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S) ?** ☐ Non

☐ Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) :  
.....  
.....

**COUVERTURE SANTÉ :** ☐ Sans ☐ Droits de base ☐ PUMA ☐ CMU ☐ ALD

☐ Mutuelle ☐ CSS ☐ AME ☐ Autres : .....

Carte vitale : ☐ Oui ☐ Perdue/à refaire ☐ En cours de fabrication

## ÉLÉMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : .....

Etablissement : .....

Tél : ..... Mail : .....

## PATHOLOGIE(S) SOMATIQUE(S) :

.....  
.....

## TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : ☐

.....  
.....

## TRAITEMENT EN COURS :

.....  
.....

Grossesse en cours : ☐ Oui ☐ Non

Conduites addictives : ☐ Oui ☐ Non

Déficit moteur : ☐ Oui ☐ Non

Déficit sensoriel : ☐ Oui ☐ Non

Déficit cognitif : ☐ Oui ☐ Non

Autre : .....

## BESOINS MÉDICAUX (observance, coordination des soins ...) :

.....

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

.....