

DOSSIER D'ADMISSION ACT – ACT DOM/HM – LHSS

Chers partenaires,

Vous avez demandé un **dossier d'admission** pour une personne que vous accompagnez qui présente une **problématique médicale** et pour laquelle la vulnérabilité, ou l'absence de domicile stable ou adapté, constitue un frein aux soins, pourrait interrompre la continuité des soins, ou favoriser l'aggravation de l'état de santé.

Ce dossier est constitué de 3 volets à renseigner

- Un volet patient : la personne demandeuse doit en prendre connaissance et le signer,
- Un volet social : informations à transmettre accompagnées de justificatifs,
- Un volet médical : à renseigner par un médecin et auquel seront joint tout document utile (ordonnance, examens complémentaires, CR d'hospitalisation...).

L'étude du dossier se fera en réunion d'équipe après prise de connaissance préalable par les professionnels concernés. L'équipe des ACT-ACT DOM/HM-LHSS est disponible pour renseigner toutes informations complémentaires qui vous seraient utiles.

- Le dossier complet doit être adressé par mail en mentionnant dans l'objet *"Pli confidentiel"* et transmis selon votre territoire à :

AKATIJ KOUROU	AKATIJ SAINT LAURENT	AKATIJ MARIPASOULA
hebergementkourou@akatij.fr contact@akatij.fr	actslm@akatij.fr -	maripasoula@akatij.fr cds.maripasoula@akatij.fr
06 94 40 32 61 (Chef de service)	05 94 27 94 72 (Chef de service)	06 94 26 82 56 (Chef de service) 06 94 08 59 01 (Coordinateur)

Cordialement,

L'équipe ACT/LHSS AKATIJ

DOSSIER D'ADMISSION ACT- ACT DOM/HM – LHSS

VOLET PATIENT

Document à lire AVEC le patient en vue d'une admission dans la structure « Appartement de coordination thérapeutique » ACT, « Appartement de Coordination Thérapeutique Hors les Murs » ACT HM, « Appartement de Coordination Thérapeutique à domicile » ACT DOM ou « Lits Haltes Soins Santé » LHSS.

S'assurer que ce document est compris, faire appel si nécessaire à un médiateur ou traducteur.

Le dispositif des ACT-ACT DOM/HM-LHSS accueille et accompagne toute personne majeure, en situation de vulnérabilité, sans logement fixe ou stable, ou résidant dans un lieu non adapté et pris en charge pour une pathologie ou un suivi médical. Il permet de bénéficier d'un hébergement dans le cas des ACT et LHSS, d'un suivi à domicile dans le cas des ACT DOM/HM et d'un suivi médical et d'un accompagnement social personnalisé obligatoire.

LE SUIVI MÉDICAL

L'équipe médicale et paramédicale va établir un bilan de votre santé avec les résultats de vos derniers examens, de vos dernières analyses et les informations transmises par le médecin qui a proposé cette orientation. Dès le début de votre prise en charge, un dossier médical vous concernant est constitué. Celui-ci reste strictement confidentiel.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF

Au cours de votre séjour, un travailleur social établira avec vous un bilan social reprenant votre parcours. Ceci permettra de définir ensemble une prise en charge individuelle et adaptée concernant l'accès aux droits communs, l'accès au logement ou à l'hébergement si nécessaire, l'accès aux ressources, le suivi de dossiers particuliers, etc.

VOTRE ACCUEIL

Lors de votre arrivée au sein de la structure, différents documents administratifs vous seront remis et une visite explicative des locaux vous sera faite. Il vous sera demandé de prendre connaissance du règlement de fonctionnement. La durée de votre séjour est directement liée à vos soins.

- En ACT, vous devez être autonome dans la prise en charge et la réalisation des actes de la vie quotidienne.
- En LHSS, les repas et blanchisserie sont compris dans les prestations. Votre participation à la vie collective et quotidienne fait toutefois partie intégrante de votre prise en charge, dans la mesure des possibilités de chacun.
- En ACT DOM/HM, le suivi se fait à votre domicile et vous devez être autonome dans la prise en charge et la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des ACT ou des LHSS de Maripasoula.

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

Fait le à Signature

DOSSIER D'ADMISSION ACT - ACT DOM/HM - LHSS

Transmission sous pli confidentiel et évaluation du dossier par la commission d'admission

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE

VOLET MEDICAL

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

BILAN MEDICAL

Médecin orienteur :

Téléphone :

E-mail :

Motif médical motivant la demande :

En cas d'hospitalisation joindre le compte rendu

Traitement médical en cours (Joindre les
prescriptions)

Derniers examens complémentaires (biologie, imagerie, consultations)

Antécédents personnels

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Obstétricaux :

Familiaux :

Allergie :

Statut vaccinal :

Addictions et suivis

Alcool :

Tabac :

Cannabis :

Cocaïne / crack :

Autres :

Soins infirmiers

Pansements divers :

Autre(s) soin(s) techniques(s) :

Besoins en rééducation, kinésithérapie :

Rendez-vous programmés et/ou à prévoir :

EVALUATION

Sommeil de qualité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Cohérence normale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Cohérence perturbée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tristesse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Démence diagnostiquée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Agressivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Aptitudes vie collective	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déficit auditif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Déficit visuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autonomie dans les actes de la vie quotidienne

Aides à la toilette	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Aide à la marche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide à habillage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aide aux repas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Déambulateur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Cannes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Régime alimentaire :

Autres renseignements utiles :

Fait à

Signature du médecin prescripteur

Le :

Cachet du médecin prescripteur

Avis du médecin des LHSS-ACT-ACT
DOM/HM

Décision du chef(fe) de service des
LHSS-ACT-ACT DOM/HM

DOSSIER D'ADMISSION ACT – ACT DOM/HM – LHSS

VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL *(joindre une pièce d'identité)*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Dont à charge :

Accompagnant ou enfant(s) nécessitant d'être accueilli(s) avec la personne :
*(Préciser le nom, prénom, date de naissance et lien) **

* Les accompagnants peuvent être accueillis exclusivement dans nos ACT

SITUATION SOCIALE *(joindre les justificatifs)*

N° de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Ouverture des droits :

Date de début :

Date d'expiration :

☐ Couverture de base

☐ Mutuelle

☐ CMU

☐ CMUc

☐ AME

☐ Aucun droit

☐ En cours

☐ ALD

SITUATION VIS-A-VIS DU HANDICAP

Situation de handicap : ☐ oui ☐ non

Reconnue : ☐ ou ☐ non

Date de reconnaissance :

Demande en cours : ☐ oui ☐ non

SITUATION SUR LE TERRITOIRE

Titre de séjour : ☐ oui ☐ non

Titre de séjour délivré le :

Date d'expiration :

Demande déposée le :

à :

--	--

Demandeur d'asile :

--

MESURE DE PROTECTION en cours ou effective

☐ Non concerné

☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle

☐ Tutelle

Nom :

--

Adresse :

--

Service :

Tél :

--	--

PERSONNE RESSOURCE (personne à joindre)

Nom :

Prénom :

--	--

Adresse :

--

Téléphone :

Lien :

--	--

TYPE D'HEBERGEMENT ACTUEL (*justifier la nécessité d'accès à notre structure*)

REFERENTS MEDICAUX ET SOCIAUX (*Nom, service et téléphone*)

Médecin :

Travailleur social :

Autre :

PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE (*joindre un rapport social en annexe*)

☐ Exposé de la problématique sociale (démarches effectuées ou en cours,) :

- ☐ Solution d'hébergement envisagée après les LHSS-ACT (*Si orientation vers ACT DOM/HM ne pas remplir cette partie*)

- ☐ Structures fréquentées par la personne :

NOM ET QUALIFICATION DE LA PERSONNE AYANT RENSEIGNE LE DOCUMENT

Fait à :

Le :

Signature et cachet du service prescripteur