

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN LITS d'ACCUEIL MEDICALISES

La demande d'admission est l'expression d'une démarche volontaire du patient/demandeur, la signature du document par le patient/demandeur est donc un préalable à l'examen de la demande.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) permettent aux personnes majeures atteintes de pathologies lourdes et chroniques (...) de recevoir, en l'absence de domicile et dans l'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adapté.

### 1. Formulaire de demande d'admission en Lits d'Accueil Médicalisés :

Le dossier de demande d'admission en LAM se présente sous la forme de trois parties distinctes :

- Une partie sociale à remplir par le travailleur social qui instruit la demande et une note sociale retraçant le parcours de la personne, sa situation globale et ses projets éventuels.
- Une partie médicale à compléter obligatoirement par un médecin
- Une fiche du demandeur.

Les pièces suivantes, **de moins de 6 mois**, sont à joindre au dossier :

- Compte(s) rendu(s), rapport(s) médical(aux) ou lettre du médecin, ordonnances,
- Résultats d'examens médicaux.

Une attention particulière sera portée au parcours du patient afin de prendre en compte la demande d'admission sur un LAM et non sur une structure de droit commun.

**Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet entrainera l'irrecevabilité de la demande.**

### 2. Public accueilli :

Les LAM, en adéquation avec le cahier des charges s'adresse au public suivant :

**« Personnes majeure sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médicosociale spécialisée mais étant incompatible avec la vie à la Rue pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prise en charge dans d'autres structures ».**

### 3. Décision d'admission :

La validation de la demande d'admission du patient/demandeur est prononcée sous condition d'un avis médical favorable du médecin des LAM. La Direction de l'association ou la Responsable de Service des LAM, par délégation, valide la décision du médecin des LAM en fonction des éléments mentionnés dans la partie sociale, au regard des objectifs médico-psycho-sociaux et des moyens de l'établissement.

#### 4. Durée du séjour :

La durée du séjour est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elle sera définie à l'admission par la commission d'admission et inscrite dans le contrat de séjour. Selon l'évolution de la situation du résident, cette durée de séjour pourra être réévaluée.

#### 5. Participation financière au séjour :

Une participation financière à hauteur de 25% des ressources sera demandée aux demandeurs.

## Demande d'admission LITS D'ACCUEIL MEDICALISE (LAM)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission eu sein du service des Lits d'Accueil Médicalisés.

**Mes motivations :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à la structure. Aussi, j'ai connaissance et je donne mon accord pour qu'un partage d'informations concernant mon état de santé et ma situation sociale soit réalisé au sein de l'équipe de professionnels du service des LAM.

En cas d'admission dans l'établissement des LAM, je m'engage à verser chaque mois une participation à l'hébergement représentant 25% de mes ressources.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

### Partie Sociale

Etablissement instruisant la demande : .....

Nom et qualité du travailleur social : .....

Adresse : .....

Tel : ..../..../..../..../....

Fax : ..../..../..../..../....

Mail : .....

Signature et cachet du travailleur social instruisant la demande :

Date de réception : ..../..../....

Date de la réponse : ..../..../....

Compte rendu médical :  oui  non

Avis de l'équipe :  favorable  défavorable

### ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ....

Sexe :

Domiciliation administrative : .....

.....

Tel : .... / .... / .... / .... / ....

Marié(e)    Célibataire    Divorcée    Vie maritale    Autre

Personne de confiance : Nom : .....

Tel : .... / .... / .... / .... / .....

Nationalité : .....

Date d'entrée en France : .... / .... / .....

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

Nature du titre de séjour et validité : .....

Nature et dates des démarches en cours : .....

.....

.....

Nature et dates des démarches à venir : .....

.....

.....

.....

.....

## SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION

Nature de la mesure : .....

Date de validité : ..../..../....

Nom et adresse du mandataire : .....

.....

Tel : ..../..../..../..../....

## 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 ou LOGEMENT ACTUEL

Type d'hébergement ou logement

**SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE**

Organisme de domiciliation : .....

**Ressources :**

Salaire : ..... RSA : .....

Retraite : ..... AAH ou pension d'invalidité : .....

Autre : .....

Dossier de surendettement :  oui  non

Numéro de SS : ..... Organisme : .....

-ALD  oui  non -Mutuelle  oui  non - PUMA  oui  non-CSS  oui  non -CSS d'urgence  oui  non -AME  oui  nonDossier MDPH :  oui  non  en cours

N° de dossier MDPH : .....

Autres : .....

Y a -t-il eu des demandes d'accueil en structure ( EHPAD, FAM, ... ) ?

.....  
.....

Faire mention des démarches en cours ou abouties :

.....  
.....  
.....

Motif 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 accueilli en LAM.

**DOCUMENTS IMPERATIFS A JOINDRE AU DOSSIER SOCIAL**

Copie de toutes les pièces justificatives ( identité, revenus, SS, mutuelle, ALD, jugement tutelle...)

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

### Partie Médicale

Etablissement instruisant la demande : .....

Nom du médecin demandeur : .....

Tel : ...../...../...../...../.....

Fax : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

### IDENTITE DU CANDIDAT :

NOM : .....

PRENOM : .....

SEXE : .....

AGE : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

Stabilisé :  oui  non

Psychiatre référent : .....

Suivi (lieu et fréquence) : .....



Problèmes d'addiction : .....

Suivi en addictologie :  oui  non

Médecin référent : .....

Suivi (lieu et fréquence) : .....

Le patient est informé sur le diagnostic :  oui  non

Le patient est informé sur le pronostic :  oui  non

**AUTONOMIE :**

	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
<b>Déplacements</b>				
<b>Transferts</b>				
<b>Toilette</b>				
<b>Habillage</b>				
<b>Alimentation</b>				

Appareillage :  canne  déambulateur  fauteuil roulant

**TRAITEMENTS ACTUELS :**

NOM DU MEDICAMENT	MATIN	MIDI	SOIR	NUIT	DUREE


Autonomie dans la prise des médicaments :  oui  non

**STATUT VACCINAL :**

**SEROLOGIE :**

Soins infirmiers :  oui  non

Lesquels :

Kiné :  oui  non

Autre(s) soin(s) : .....

Matériel :

SAD  Stomie  CIP  VNI  
 Matelas à air  Prothèse d'un membre  Autre(s). A préciser :.....

**INDICE DE KARNOFSKY :**

80 à 100 %  40 à 70 %  10 à 30 %

**SYNTHESE D'HOSPITALISATION :**

**ACCORD POUR UNE PRISE EN CHARGE :  OUI  NON**

**MERCI DE NOUS FAIRE PARVENIR LES ORDONNANCES DE TRAITEMENTS EN COURS**

**DATE , SIGNATURE , CACHET DU MEDECIN**

**ANNEXE : INDICE DE KARNOFSKY**

**CAPABLE DE MENER UNE ACTIVITE NORMALE**

100 %	Normal, pas de signe de maladie
90 %	Peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
80 %	Peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome

**INCAPABLE DE TRAVAILLER, CAPABLE DE VIVRE CHEZ LUI, D'ASSUMER SES BESOINS PERSONNELS, UNE ASSISTANCE VARIABLE EST NECESSAIRE**

70 %	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
60 %	Nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers

**INCAPABLE DE S'OCCUPER DE LUI-MEME, NECESSITE DES SOINS HOSPITALIERS OU EQUIVALENT**

30 %	Sévèrement handicapé, dépendant
20 %	Très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement