



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION PÔLE SANTE

Précisez pour quel établissement : *Cf. tableau page 2*

- LHSS - Lits Halte Soins Santé
- ACT - Appartements de Coordination Thérapeutique
- ACT HLM - Accompagnement de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que dans sa partie médicale. Il est à nous faire parvenir soit :

- Par voie postale : Association La Clède - Pôle santé (Préciser LHSS ou ACT)
8-10 rue Marcel Cachin - 30100 ALES
- Par fax au : 04.66.43.56.11
- Par mail à : actmedical@lacledede.fr pour une demande ACT
idelhss@lacledede.fr pour une demande LHSS

Documents à joindre à la demande :

- Photocopie d'une pièce d'identité (dès lors que le demandeur en dispose)
- Attestation de droits couverture sociale (dès lors que le demandeur en dispose)
- Lettre de motivation du demandeur (uniquement pour les demandes ACT et ACT HLM)
- Evaluation sociale (Résumé de la situation sociale, démarches en cours, projet à court et/ou moyen terme, autres demandes d'admission...)
- Dossier médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de l'établissement.

Suite à cette demande, l'admission est prononcée par le directeur après avis favorable du médecin responsable de l'établissement concerné. La décision est prise en fonction des critères médicaux, sociaux et des places disponibles.

Les équipes se tiennent à votre entière disposition pour toutes vos questions et s'engagent à répondre dans les plus brefs délais à vos sollicitations.

Les renseignements feront l'objet d'un traitement par fichier informatique. La loi N°78.17 du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » vous garantit un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Toute demande devra être formulée par écrit au directeur de l'association.



ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
ACT HLM : Accompagnement de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs
1 bis rue Michelet – 30100 ALES
Tél : 04 66 43 15 63
Email : act@lacledede.fr

LHSS : Lits Halte Soins Santé
7 avenue de Stalingrad – 30100 ALES
Tél : 04 66 43 10 22 – Fax : 04 66 43 56 11
Email : lhss@lacledede.fr

	LHSS	ACT	ACT HLM	
Public accueilli	<p>Toute personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne disposant pas d'un domicile, dont la pathologie nécessite une mise à l'abri pour recevoir des soins autres qu'hospitaliers, • souffrant d'une pathologie d'ordre somatique ou psychique, • souffrant d'un état d'épuisement, de fatigue, ayant débuté ou non une démarche préventive, de diagnostic ou de soins avec des rendez-vous échelonnés. 	<p>Femmes, hommes, couples avec ou sans enfant, ayant une maladie chronique.</p>	<p>Personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion</p>	<p>Personnes bénéficiant d'un domicile et présentant une ou plusieurs vulnérabilités : fragilité psychique, précarité économique, environnement administratif et juridique inexistant, éloignement du système de santé, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques et/ou addictives.</p>
	<p>La personne doit avoir une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne et ne pas nécessiter une surveillance 24h/24.</p> <p>Les animaux de compagnie sont acceptés sous conditions.</p>			
Capacité d'accueil	<p>15 places</p> <p>Chambres individuelles avec chacune un bloc sanitaire.</p> <p>Collectif : repas et services</p>	<p>6 places</p> <p>Deux types d'hébergement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appartement collectif de 3 places dans une maison en centre-ville, • Trois studios individuels indépendants. 	<p>6 places</p> <p>Au domicile de la personne</p>	
Secteur	Alès	Alès	Alès et son agglomération sur un rayon de 20km	
Missions générales	<p>Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à leur domicile si elles en disposaient ;</p> <p>Participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;</p> <p>Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies et à élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.</p>	<p>Au carrefour du sanitaire et du social, les A.C.T. sont dans une fonction de coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, les structures sanitaires, sociales et médico-sociales afin de permettre aux personnes de s'inscrire dans une démarche globale de prise en compte de leur santé, de leur situation sociale et de leur bien-être.</p>	<p>Plus spécifiquement, les ACT HLM proposent un accompagnement médico-social individualisé de la personne dans son bassin de vie pour lui permettre de devenir autonome dans la gestion de sa santé et de sa situation sociale, en utilisant les dispositifs de droit commun.</p>	

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieux de Naissance : _____ Sexe : _____

Date de la demande : _____

Signature du demandeur :

VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL

Domiciliation :
.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Nationalité :

Situation de famille :

Nombre d'enfants :

Dont à charge :

PIECE D'IDENTITE

- Carte d'identité
- Passeport
- Récépissé

- Carte de séjour
- Sans
- Autre :

CONDITIONS DE VIE

- Hébergement
 - Amical
 - Familial
 - Structure d'hébergement

- SDF
- Autre :
-

COUVERTURE SOCIALE

N° d'assuré social :

Caisse de :

Droits :

- Base Mutuelle C.M.U.C A.M.E
 A.L.D Aucun droit En cours

Date de fin des droits :

RESSOURCES – DEPENSES

Ressources		Charges et dettes	
Nature	Montant	Nature	Montant
Salaire			
Allocation chômage			
RSA			
AAH			
Indemnités journalières			
Pension invalidité			
Sans			
Autre			
Total		Total	

MESURE DE PROTECTION

- Non
 Demande en cours, effectuée le :.....
 Mesure effective : Sauvegarde justice Curatelle simple
 Curatelle renforcée Tutelle M.A.S.P.

Date de fin de la mesure :

Nom de l'organisme / Mandataire :

Coordonnées :

.....
.....

ANIMAL DE COMPAGNIE :

- Non Oui, lequel :.....

Les chiens de catégorie 1 et 2 ne sont pas admis au sein de l'établissement.

Partie à compléter dans le cadre d'une demande ACT Domicile

CONCERNANT LE DOMICILE :

Adresse

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

La personne est :

- Locataire
- Hébergée
- Autre. Précisez :

.....
.....

Combien de personnes habitent le logement ?

Ce sont des : Parents Amis Autre

Y a-t-il des animaux : Non Oui, précisez

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

Dans ce logement la personne
dispose-t-elle de :

	Oui	Non
Une chambre		
Une cuisine		
Une salle de bain		
De toilettes		
Un système de chauffage		
De l'eau courante		

Des mesures sont-elles en cours

Oui	Non
Mesure d'expulsion	
Arrêté d'insalubrité	
Arrêté de péril	

Précisez ce qui vous paraît important concernant le domicile :

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

ACCOMPAGNEMENT

	Nom et qualité	Service - établissement	Téléphone
Travailleur social 1			
Travailleur social 2			
Mandataire			
Autre			

PERSONNE RESSOURCE

Nom, Prénom :

Lien :

Téléphone :

Instruction de la demande / volet social

Faite à : Date :/...../..... Par :

Nom et qualité du travailleur social :

Service/établissement :

Coordonnées :

.....
.....

Signature et cachet

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieux de Naissance : _____ Sexe : _____

VOLET MEDICAL

Projet de soins / Pathologie motivant la demande

Rappel : état compatible avec des soins ne nécessitant pas une présence 24/24

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

Professionnel de santé adresseur

NOM – Prénom :

Téléphone : Mail :

Si hôpital :

Nom du service : Tél. :

Date d'entrée à l'hôpital : / /

Motif d'admission :

Environnement médical

Médecin traitant : Nom - Prénom : Tel :

Médecins spécialistes :

Spécialité/Nom - Prénom :

:
:
:
:

Infirmiers : Nom/Prénom : Tel :

Nom/Prénom : Tel :

Autres intervenants :

.....
.....

Antécédents

Médicaux :

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

Chirurgicaux :

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

Psychiatriques :

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

Problématiques addictives :

.....
.....

Patient en ALD : oui /non si oui motif(s) :

.....

Vaccins faits durant le séjour : non / oui lesquels :

Examen clinique

Poids : _____

Taille : _____

Examen cardiovasculaire Normal : Oui Non – si non, préciser :

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

Examen abdomino-pelvien Normal : Oui Non – si non, préciser :

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

Examen neurologique Normal : Oui Non – si non, préciser :

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

Troubles du comportement	Oui	Non
Désorientation temporo-spatiale		
Agitations		
Violence		
Délires/ Hallucinations		
Autres – Précisez		

Mobilité

Autonomie

Déficit moteur – Si oui, précisez	
Aide à la toilette	
Aide à la prise du traitement	
Aide aux repas	
Incontinence	

Monte les escaliers
Traitement orthopédique
Appareillage – Lequel ?

Suspicion de tuberculose maladie : Oui Non

Commentaires :

Traitements

Traitement per os et autres:

Autres éléments du traitement et nature des soins infirmiers :

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

Traitements autres :

- Kinésithérapie : oui non Nb de séances prévues:
- Pansements : oui non Rythme et durée prévue (jours):
- Régime alimentaire : oui non Lequel :
- Autre(s) : oui non Durée prévue:.....

Consultations ou examens prévus (Précisez lieu et date) :

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

Si des documents médicaux sont à votre disposition concernant la situation médicale de la personne (ordonnances en cours, bilans de sortie d'hospitalisation, bilans de situation hospitaliers...), merci de nous les faire parvenir à l'aide d'une enveloppe « Confidentielle ».

Lors de l'admission, merci de fournir ordonnances et traitements pour 24 heures.

Date de la demande: / /

Signature et cachet