Centre Hospitalier de Montfavet

Coordonnées du patient :

Nom :……………………….

Prénom :……………………

Date de la demande : …………

LAM - Avenue de la pinède

CS 20107

84 918 AVIGNON Cedex 9

Tel : 04 86 19 44 81

|  |
| --- |
| Demande de préadmission à faxer ou mailer à l’attention de Mme MARQUES Vanessa infirmière coordonnatrice des Lits d’Accueil Médicalisé**Mail :vanessa.marques@ch-montfavet.fr****Fax : 04 90 03 94 64** |

1. *Public accueilli* :

Les Lits d’Accueil Médicalisé (L.A.M) se situent au sein du centre hospitalier de Montfavet (bâtiment « Les Lilas »).

Les L.A.M sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes, femmes et hommes, majeures **sans résidence stable**:

* quelle que soit leur situation administrative,
* atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic pouvant engendrer une perte d’autonomie.
* **dont le besoin de soin correspond à celui d’un retour à domicile, si le patient en avait un.**

Exceptionnellement et afin d’éviter des séparations traumatisantes, un accompagnant pourra également être accueilli en fonction des places disponibles.

1. *Durée du séjour* :

La durée du séjour est illimitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet personnalisé.

1. *Décisions d’admission* :

Les dossiers admissions dûment complétés sont étudiés par la commission. Celle-ci évalue le besoin sanitaire de la personne et la pertinence médicale de son admission. L’admission est prononcée par le directeur.

***Pièces à joindre impérativement au dossier*** :

|  |  |
| --- | --- |
| Médical* Compte rendu médical
* Ordonnances des traitements en cours
* Résultat d’examens médical
 | Social* Pièce d’identité
* Attestation sécurité sociale ou carte vitale et/ ou mutuelle
 |

Centre Hospitalier de Montfavet

LAM - Avenue de la pinède

CS 20107

84 918 AVIGNON Cedex 9

Tel : 04 86 19 44 81

Etablissement prescripteur :

|  |
| --- |
| Etablissement : Médecin : Dr Tel :  Mail : Service : Référent social :  Tel :  Mail :  |

Identification du patient :

|  |
| --- |
| Nom : Prénom : Sexe : □ F □MDate de naissance : Lieu de naissance : Nationalité : Langue parlé : Niveau de compréhension : □ Bon □ Moyen □ MauvaisSituation familiale : Domiciliation/ adresse : Téléphone :  |

Informations sociales :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Carte d’identité date de validité : Ou□ Titre de séjour éventuel date de validité : Numéro de sécurité sociale : Centre de paiement : Couverture sociale actuelle : □ ALD □ CMU □ ACS □ AME □ AMU □ Mutuelle □ Aucun droits□ Demande en cours Ressources :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types de ressources** | **Montant** | **Informations** |
| □RSA |  | Numéro d’allocataire :  |
| □ Allocation Chômage |  | Numéro pôle emploi :  |
| □ AAH |  | Numéro dossier MDPH :  |
| □ Salarie |  |  |
| □ Retraite |  |  |
| □ Pension d’invalidité |  |  |
| □ Indemnités journalières |  |  |
| □Autres |  |  |

Charges :

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de charges** | **Montant** |
| Téléphone |  |
| Mutuelle  |  |
| Crédits  |  |
| Autres |  |

Dettes :

|  |  |
| --- | --- |
| **Types des dettes** | **Montant** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Mesure de protection judiciaire : □ non □ oui □ En cours Type de mesure : Coordonnée organisme de protection : Quelles sont les démarches sociales effectuées, en cours ou non abouties ?Expliquer les raisons des démarches non abouties.……………………………………………………………………………………………………………………….................………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………Quel est le projet de sortie envisagé après les LAM ?……………………………………………………………………………………………………………………….................………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Parcours de vie / Projet de vie :

|  |
| --- |
| Expliquer le parcours de vie et/ ou le projet de vie de la personne:  |

Volet médical :

|  |
| --- |
| Médecin prescripteur : Taille du patient: Poids du patient :  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies motivant la demande** |  |
| **Histoire de la maladie** |  |
| **Pronostic/ projet de soins** |  |
| **Antécédents** |  |
| **Traitements de sortie****(Joindre ordonnance)** |  |
| **Soins infirmiers** |  |
| **Autres intervenants*** **Kiné**
 |  |
| **Consultations et examens complémentaires** | Faits : **( joindre compte-rendu)**A prévoir :  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Communication** | facile | Moyen | Difficile |
| **Etat cutané** | Bon  | Moyen | Mauvais |
| **Motricité** | □ Autonome□ Cannes □ Fauteuil □ Déambulateur□ Alité | Transfert : □ Autonome□ Aides Précisions :  |
| **Sphincters** | □ autonome □ incontinences urinaires□ incontinences fécales□ sonde à demeure□ stomie |
| **Hygiène** | □ Autonome□ Aide partielle □Aide complète |
| **Alimentation** | □ Autonome □ Aides partielle□ Aides totale□ Troubles de la déglutition | Régimes alimentaire :  |
| **Comportement** | □ Normal□ Dépressif□ A stimuler□ Agitation psychomotrice□ Désorientation temporo spatiale |
| **Appareillages** | □ Fauteuil roulant□ Lit médicalisé□ Matelas anti -escarres□ Déambulateur□ Autres |

|  |  |
| --- | --- |
| **Addictions** | * Conduites addictives (lesquelles)

□ Alcool □ Tabac □ Toxique* Traitement de substitution :

□ Oui □ Non* Depuis quand :
* Suivi en centre spécialisé :

□ Oui □ Non |
| **Sérologie** | □ Hépatite B□ Hépatite C□ HIV□ Traitements□ Suivi par un spécialiste |
| **Troubles psychiques ou psychiatriques et neurologies** | □ Oui □ Non* Types de troubles
* Suivi thérapeutique
* Traitements
 |
| **Allergies** | □ Oui □ NonSi oui lesquelles ? |
| **BMR** | □ Oui □ NonTraitements : Précisions :  |