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 □M  Date de naissance : Lieu de naissance :  Nationalité :  Langue parlé :  Niveau de compréhension : □ Bon □ Moyen □ Mauvais  Situation 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 □ Non  Si oui lesquelles ? |
| **BMR** | □ Oui □ Non  Traitements :  Précisions : |