**DOSSIER DE DEMANDE D’ADMISSION LAM/LHSS**

***TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE EN COMMISSION D’ADMISSION***

*Dossier à renvoyer à* :

Assistante de direction :

[m.neufond@lepont.asso.fr](mailto:m.neufond@lepont.asso.fr);

Cadre de santé :

[s.girard-legoer@lepont.asso.fr](mailto:s.girard-legoer@lepont.asso.fr)

Renseignements au 09 85 60 84 20

**DATE DE LA DEMANDE : \_ \_/\_ \_ / \_ \_ \_ \_**

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

|  |
| --- |
| NOM : …………………………… PRENOM : …………………………..  SEXE : ………  DATE DE NAISSANCE :  …../……/….. |

**PARTIE MEDICALE**

|  |
| --- |
| Etablissement instruisant la demande : ……………………………………………  Nom du médecin demandeur : …………………………………………………………  Tel : …./…./…./…./…..  Mail : …………………………………………………………… |

**RENSEIGNEMENT MEDICAUX**

|  |
| --- |
| Pathologie principale :  Pathologies associées :  Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :  Stabilisé : ⃝ oui ⃝ non  Psy référent : ………………………………  Suivi : lieu et fréquence : ………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| Problème d’addiction : ……………………………………..  Suivi en addictologie : ⃝ oui ⃝ non  Référent : ………………………………………….  Suivi : lieu et fréquence : …………………………………………………… |

le demandeur est informé sur le diagnostic : ⃝ oui ⃝ non

le pronostic : ⃝ oui ⃝ non

Personne de confiance :

⬜ OUI Nom : ………………………………………………. ; Tel : …./…./…./…./…..

⬜ NON

**SYNTHESE MEDICALE**

**AUTONOMIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Degré autonomie | Autonome | Aide partielle | Aide complète | Autre |
| Déplacements |  |  |  |  |
| Transferts |  |  |  |  |
| Toilette |  |  |  |  |
| Habillage |  |  |  |  |
| Alimentation |  |  |  |  |

Appareillage : ⃝ canne ⃝ déambulateur ⃝ fauteuil roulant

**STATUT VACCINAL :**

**SEROLOGIE :**

Autonomie dans la prise des médicaments : ⃝ oui ⃝ non

Soins infirmiers : ⃝ oui ⃝ non

Lesquels :

Kiné : ⃝ oui ⃝ non

Matériel :

⃝ SAD ⃝ Stomie ⃝ CIP ⃝ VNI

⃝ Matelas à air ⃝ Prothèse d’un membre

**MERCI DE NOUS TRANSMETTRE LES ORDONNANCES DE TRAITEMENT EN COURS ET TOUTE INFORMATION UTILE (ex : CR médicaux, …)**

|  |
| --- |
| **SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN** |

**PARTIE SOCIALE**

|  |
| --- |
| Etablissement instruisant la demande : ……………………………………………  Nom du travailleur social : …………………………………………………………  Tel : …./…./…./…./…..  Mail : ……………………………………………………………  ***DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE :***  ⬜ Carte d’identité ou passeport  ⬜ Mutuelle  ⬜ Titre de séjour  ⬜ Attestation CPAM ou MSA  ⬜ Notification de mise sous protection  ⬜ Avis d’imposition  ⬜ Attestation : CAF, pôle emploi, MDPH  ⬜ RIB  ⬜ Justificatif de revenus |

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**

|  |
| --- |
| Adresse : ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………..  ………………………………………………………………  Tel : …./…./…./…./….  ⃝ Marié(e) ⃝ Célibataire ⃝ Divorcée ⃝ Vie maritale ⃝ Autre |
| 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 date 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 ACTUEL**

|  |
| --- |
| Type de structure |

**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 -AME ⃝ oui ⃝ non

Dossier 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 abouties :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 ou LHSS

**Pour toute demande acceptée en commission, une pré-visite pourra être envisagée avant l’arrivée du résident.**