

Nom :

Prénom :

**Demande de pré-admission à faxer ou mailer à l'attention de
l'équipe de Direction et du Médecin
Fax: 04.95.06.23.92 / Email: service-admission.fontainieu@groupe-sos.org**

1. Public accueilli :

Toute personne majeure sans domicile fixe, atteinte de pathologies lourdes et **chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes**, de **pronostic plus ou moins sombre**, pouvant engendrer une perte d'autonomie et **ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures**.

Les couples sont acceptés.

L'accès est ouvert quelle que soit la situation administrative.

De manière exceptionnelle, et afin d'éviter des séparations traumatisantes, un accompagnant, en fonction des places disponibles, pourra également être accueilli.

Les animaux ne sont pas admis pour des raisons d'hygiène.

2. Décisions d'admission

L'admission du demandeur est placée sous condition d'avis médical favorable du Médecine du LAM Fontainieu.

L'équipe de Direction prononce la décision d'admission, selon examen de la situation du demandeur au regard des objectifs et des moyens du LAM Fontainieu définis au projet d'établissement.

3. Les soins suivants ne peuvent être assurés au sein du LAM :

- Seringue électrique
- Dialyse péritonale
- Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du malade, ponction...
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale
- Personne grabataire ou gravement désorientée
- Personne atteinte de BMR (bactérie multi-résistante)
- Personne atteinte de pathologie psychiatrique non stabilisées et sans pathologies somatique.

4. Durée du séjour :

La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

5. Accueil :

L'accueil à lieu du lundi au jeudi de 14h00 à 16h30 et pour des raisons d'habitat, le patient est limité à 3 bagages.

6. Pièces à joindre impérativement au dossier :

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultat d'examens médicaux
- Rapport social

En l'absence des éléments demandés, le dossier ne sera pas pris en compte.

Merci de bien vouloir renseigner tous les items contenus dans ce dossier, tout dossier incomplet sera non traité ou renvoyé à l'expéditeur

Nom :

Prénom :

Orienté par

Etablissement :

Médecin : Dr

Tél. :

Service :

Référent sanitaire :

Référent social :

Tél. :

Tél. :

Fax. :

Fax :

Date d'entrée souhaitée :

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Sexe : M F

Langue parlée :

Profession :

Domiciliation :

Hébergement :

Personne : isolée en couple accompagnée*

*pour l'accompagnant joindre une demande d'admission supplémentaire

Informations administratives

N° S.S. : / Centre paiement :

Couverture sociale actuelle :

Base ALD CMUC AME Mutuelle Fiche liaison PASS

N° CAF :

Centre paiement :

Documents d'identité en possession de la personne :

Titre de séjour éventuel :

Ressources actuelles :

Mesure de protection judiciaire : non oui

Type de mesure :

Coordonnée organisme de protection :

Projet en cours ou à venir : (orientation à la sortie...etc.)

Nom :

Prénom :

Informations médicales à remplir par le médecin du service

Motif(s) médicaux d'admission :	Etablissements déjà sollicités :		
Antécédents :	Pathologie(s) intercurrentes :		
Allergies :	Handicap(s) :		
Addiction(s) :	Bactéries Multi Résistantes :		
Trouble(s) ou pathologie(s) psychiatrique/psychologique :	Tuberculose :		
Traitements(s) en cours :	Soins infirmier cours :		
Observance :	Kinésithérapie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
<u>Motricité</u> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité	<u>Sphincters</u> <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> sonde à demeure	<u>Comportement</u> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> Désorienté	<u>Alimentation</u> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale
Régime alimentaire à préciser :			

Nom :

Prénom :

Rapport social à remplir par le service social du service

CONFIDENTIEL

L'établissement de santé ou le médecin prescripteur s'engagent à transmettre des informations médicales et sociales complètes et authentiques, et tenant compte notamment des soins que le LAM Fontainieu n'a ni mission ni moyens d'assurer, compte-tenu de ses objectifs et du projet d'établissement.

Date :

Signature (obligatoire) :