### À envoyer à l’équipe des LAM :

admission@france-horizon.fr   
A l’attention du médecin Coordonnateur et de l’IDEC de France Horizon

**A lire avant de remplir le dossier**

#### Public accueilli :

Toute personne sans-domicile, de plus de 18 ans, quelle que soit sa situation administrative, 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 prise en charge dans d’autres structures.

Les LAM permettent aux personnes de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

Un accompagnement social personnalisé est assuré par un travailleur social afin de favoriser l’élaboration d’un parcours de sortie vers un dispositif adapté.

Certains animaux sont admis sous conditions.

La durée réglementaire du séjour est illimitée, mais elle reste conditionnée à l’évolution de l’état de santé de la personne accueillie et fera l’objet d’objectifs et de points d’étape formalisés dans le projet personnalisé.

#### Décision d’admission :

L’admission du demandeur est placée sous condition d’avis médical favorable du médecin des LAM et prononcée par le directeur après avis de la commission d’admission animée par le Directeur et composée de membres de l’équipe et de représentants des LAM régionaux. En fonction des demandes et des places disponibles, il est possible que le demandeur soit mis sur liste d’attente.

Sans relance médicalement justifiée de votre part, le dossier sera **classé sans suite au bout de 6 mois**. Afin de bien pouvoir étudier les situations, merci de remplir complétement le dossier médical et social.

#### Fonctionnement des LAM à Segré :

Les LAM sont une structure médico-sociale, fonctionnant 7 jours sur 7 et le personnel soignant (infirmier et aide-soignant) est présent 24h/24. La nuit, un veilleur assure des rondes.

Les chambres ne disposent pas de sonnette, une pièce de veille pour les infirmiers est située au milieu des chambres.

Les repas se prennent au self, sauf nécessité liée à la santé d’être servi dans la salle de restauration où le personnel sera présent pendant le repas (régime, aide, etc.) ou dans la chambre.

La réglementation prévoit une participation financière de 25% des revenus de la personne accueillie.

Les LAM sont localisés à Vertou, dans un cadre reposant au milieu d’un parc arboré.

Il est préférable d’arriver avec deux jours de traitement et/ou de faxer l’ordonnance 48h avant l’entrée.

#### Les LAM ne doivent pas se substituer à :

* + Un service de Soins de Suite et de Réadaptation et de convalescence,
  + Une maison de retraite,
  + Un foyer d’hébergement,
  + Une maison d’accueil spécialisée ou un foyer d’accueil médicalisé,
  + Un hôpital ; en effet la structure ne dispose pas d’un plateau technique adapté (ex : laboratoire, pharmacie, équipement de rééducation…).

#### Pièces à joindre impérativement au dossier :

* + Comptes rendus médicaux (consultations, hospitalisations),
  + Ordonnances des traitements en cours,
  + Attestation de droits CPAM (si possible).

**une check-list « avant admission » vous sera demandée ultérieurement**

**Partie à remplir par le patient**

*(facultatif)*

## Je soussigné(e) ................................................................................................................................................

Né(e) le .................................................... à ...................................................................................................

demande l’examen de ma candidature en vue de mon accueil en Lits Accueil Médicalisé pour une durée illimitée.

*Partie facultative à remplir (peut être aidé)*

**Motif(s) de ma demande :**

**Famille à contacter :**

## Je suis informé(e) qu’un dossier social et médical est adressé à la structure des LAM.

Le traitement des informations est informatisé et soumis aux dispositions de la **loi « informatique et libertés»   
du 6 Janvier 1978 modifiée**, qui protège les droits et libertés individuelles.

A noter que certains éléments du dossier médico-social, seront partagés lors de la commission régionale d’admission, dans le respect du secret partagé, selon le **Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016** relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico- social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

**Fait le : à**

**Signature :**

**Dossier social**

### Identification :

Domiciliation : ..............................................................................................................................................................................................

Hébergement : logement personnel CHRS 115 Squat Autres ........................................................................

Enfant(s) (âge) : ...........................................................................................................................................................................................

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

Animal domestique : ....................................................................................................................................................................................

F

M

Nationalité : Sexe :

Langue parlée : Profession :

Nom : ................................................................................................ Prénom :............................................................................................

Date de naissance : ..........................................................................Lieu de naissance : ...........................................................................

**Référent Social :**

Nom : ....................................................................Prénom : .............................................. Service : .........................................................

Tél. : .....................................................................Fax : .................................................... E-mail :............................................................

Autre(s) intervenant(s) :................................................................................................................................................................................

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

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

**Informations sociales :**

N° S.S. : ................................................................................................. /.....................Caisse : .................................................................

Couverture sociale actuelle : Base ALD CMU-C AME Mutuelle dossier PASS

Documents d’identité en possession de la personne : .................................................................................................................................

Titre de séjour éventuel : .............................................................................................................................................................................

Ressources actuelles (salaire/RSA/AAH/ATA…) : ......................................................................................................................................

Dette : Non Oui Montant : Inconnu Connu : ...................................................................................................

N° CAF : ............................................................................... Caisse : ........................................................................................................

Mesure de protection judiciaire : Non Oui Type de mesure : .........................................................................................

Coordonnées organisme de protection : ......................................................................................................................................................

Projet LAM évoqué avec la personne depuis : ............................................................................................................................................

**Évaluation sociale :** (parcours, projet de vie, autonomie, souhaits…)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Date et signature : + signature de l’usager *si possible***

**Dossier médical** (1/2)

**Patient** : Nom : .............................................Prénom : .......................................... Date de naissance :……………………..

**Médecin effectuant la demande** : .........................................................................................................................................

Structure :............................................... Service : …………………………… Admis dans la structure depuis le : ……………

Tél. : ...................................................... Fax : ………………………………… Mail : ……………………………………………..

Médecin traitant (nom / n° tel) : ................................................................................................................................................

Autres médecins suivant le patient (nom/spécialité) : .............................................................................................................

**Situation motivant la demande** : ...........................................................................................................................................

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

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

**Histoire de la maladie** : ..........................................................................................................................................................

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

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

### Antécédents :

* Médico-chirurgico-obstétricaux : .............................................................................................................................................

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

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

* Psychiatriques : ........................................................................... suivi par : ........................................................................

Trouble du comportement : oui non type : .........................................................................................

* Addictologiques : Tabac oui non Alcool : oui non Opioïde : oui non Autres :......................................................................................................................................................................................

Traitement substitutif : .................................................................... suivi par : ........................................................................

### Dépistages :

* Tuberculose : symptômes cliniques : non oui signes : ..........................................................

radio pulmonaire : date : …………….. Signe TBC : non oui

* B.M.R. : Oui Non isolement : Oui Non type et localisation :

**Projet de soins** (durée de prise en charge prévisionnelle**)** : ..................................................................................................

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

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

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

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

**Traitements** (merci de joindre l’ordonnance) : ........................................................................................................................

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

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

### Soins :

Traitement en autonomie : Oui Non

Injection : Oui Non fréquence : ....................................... durée : ................................................

Pansement : Oui Non fréquence :…………………………… durée : ................................................

Autres (kiné, orthophoniste…) : ...............................................................................................................................................

Régime alimentaire particulier : ...............................................................................................................................................

**Rdv prévu(s)** : .........................................................................................................................................................................

### Autonomie :

Déficit moteur : non modéré important type : .....................................................................

Déficit fonction supérieur : non modéré important type : .....................................................................

Aide à la déambulation : non temporaire permanente type : béquille/fauteuil roulant/autre .....................

Périmètre de déambulation : ........................................... difficulté pour monter les escaliers : oui non Aide à la toilette/habillage : non ponctuelle permanent

**1 / 2**

**Dossier médical** (2/2)

**Nom : Prénom :**

Afin de nous aider à mieux cerner les besoins de votre patient, **merci de remplir soigneusement les indicateurs suivants (le dossier ne pourra être étudié que si ces indicateurs sont remplis) :**

### Catégorie médicale : ….

**A** = soins palliatifs **B** = déficit/perte d'autonomie psychique

**C** = déficit/perte d'autonomie physique **D** = polypathologie, pathologie lourde

### Charge de travail au niveau des soins médicaux et infirmiers : ….

**1** = très peu **2** = soins simples quotidiens ou complexes 1 fois/semaine

**3** = soins lourds ou complexes 2-3 fois/semaine **4** = soins lourds ou complexes quotidiens

### Charge de travail au niveau logistique/autonomie (alimentation, transferts, intendance…) : ….

**1** = quasi-autonome **2** = sollicite peu l'équipe

**3** = sollicite régulièrement l'équipe **4** = sollicite pluri-quotidiennement l'équipe

### Charge de travail au niveau social : ….

**1** = dossier social simple **2** = quelques démarches à compléter

**3** = dossier social complexe

### Risque de fugue, de s'égarer (désorientation, alcoolisation…) : ….

**1** = aucun risque **2** = risque ponctuel

**3** = risque régulier **4** = risque permanent

### Délai estimé de sortie des LAM : ….

**1** = programmée < 6 mois **2** = 6-12 mois

**3** = 1-2 ans **4** = supérieur à 2 ans ou pas de perspective envisagée

### Patient accueilli seul ou avec accompagnant : ….

**1** = seul **2** = avec accompagnant autonome

**3** = avec accompagnant ayant besoin d'un suivi social

**Date : cachet et signature :**

***Pièces à joindre : comptes-rendus des dernières consultations et hospitalisations, ordonnances.***

**2 / 2**