



DOSSIER UNIQUE

Partie Médicale

ACT – Appartement de
Coordination Thérapeutique
LHSS – Lit Halte Soins Santé

SOMMAIRE

NOTICE	2
DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION	4
DONNÉES MÉDICALES	6
AUTONOMIE.....	10



NOTICE

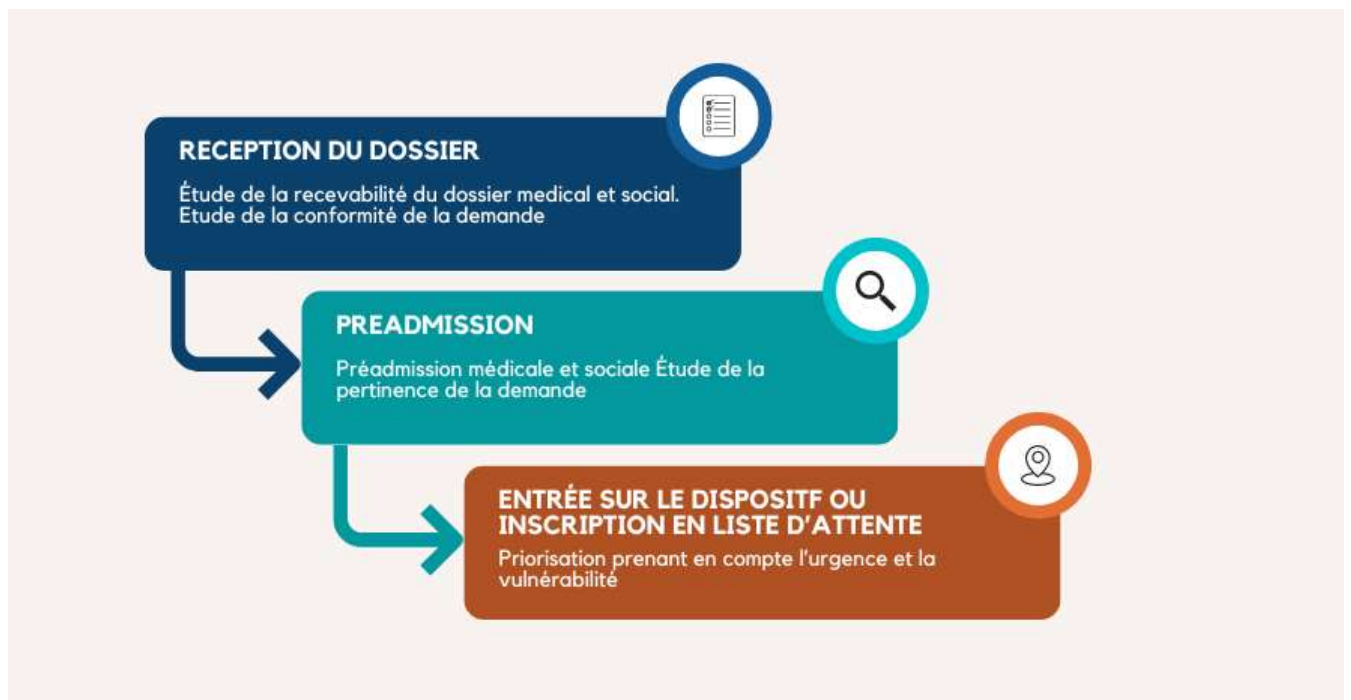
Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission en :

- Appartement de coordination thérapeutique (**ACT**) avec hébergement (généraliste ou sortant de détention)
- **ACT hors les murs**
- Lit Halte Soins Santé (**LHSS**) avec hébergement

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **partie sociale** que **médicale** et complété par tous les documents sociaux et médicaux à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d'hospitalisations et de consultations sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra être traité par l'équipe.

Voici le parcours de la demande après réception par l'établissement :



Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission. L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais suite à son dépôt considéré complet. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter l'établissement que vous sollicitez.

Le dossier de demande d'admission en ACT, LHSS comporte :

- **Un volet médical** (annexe à part en raison de la confidentialité),
- **Un volet social**
- **Une demande de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

L'accompagnement en ACT et en LHSS s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires comprenant à la fois du personnel médical et du personnel social pour proposer un accompagnement médico-psycho-sociale global et coordonné.

ZOOM SUR LES DISPOSITIFS

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) avec hébergement accompagnent les personnes, majeures ou mineures (alors accompagnées d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale) atteintes d'une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociales. Un accompagnement est, en effet, indispensable pour ces patients dont la situation de précarité met en jeu la stabilisation de leur santé et, plus généralement, celle de leur bien-être et des autres dimensions de leur vie. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation. Toutefois, leurs fragilités et leur dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, les **ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat, ou non, et visent les usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

Il importe de noter que si l'accompagnement en ACT est temporaire, il n'est pas limité dans le temps.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement, accueillent des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. La durée de séjour est temporaire : séjour de 2 mois renouvelables (voire plus selon les besoins et le contexte de la personne).

CRITERES D'ADMISSION/INCLUSION

- Pathologies chroniques somatiques (ou suspicion de)
- Besoin de coordination médico-psycho-sociale

CRITERES DE NON ELIGIBILITE

- Addictions isolées
- Pathologies psychiatriques non stabilisées

A NOTER :

Les troubles psychiatriques ou troubles cognitifs sévères (avec refus de la personne de les travailler) seront un motif de non admission.

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

À transmettre par voie postale sous pli confidentiel au :

Pour les ACT : Médecin coordonnateur ACT 1 bis rue Michelet 36 000 Châteauroux

Pour les LHSS : Médecin coordonnateur LHSS 1 bis rue Michelet 36 000 Châteauroux

Ou par messagerie sécurisée :

Pour les ACT : cm-act@solidarite-accueil.fr

Pour les LHSS : soin-lhss@solidarite-accueil.fr

<input type="checkbox"/> Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement
<input type="checkbox"/> Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement
<input type="checkbox"/> ACT Hors les murs avec différents modes d'interventions possibles : <ul style="list-style-type: none">• Un accompagnement « ACT à domicile » dans le logement d'une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d'une personne sortante d'un ACT avec hébergement ;• Un accompagnement d'une personne hébergée dans un établissement d'hébergement social (n'ayant pas d'équipe spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d'asile ;• Un accompagnement auprès d'une personne ayant un lieu non prévu pour l'habitation (rue, véhicule, hall d'immeuble, abri de fortune, ...) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d'hôtel payée par une association ou un autre organisme d'aide, ...)

DOSSIER UNIQUE Partie médicale ACT, LHSS

MEDECIN INSTRUISANT DE LA DEMANDE :

NOM :

Tampon :

Etablissement :

Service :

Tél :

Mail :

IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM - Prénoms :

Date de naissance :

Féminin Masculin Transgenre Intersexe

Tél :

DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT ! Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

.....

Stabilisé Evolutif Stade :

Date du début de la maladie :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : Oui Non

Si « oui », lesquels :

.....

.....

Suivi : Non Oui Service ou médecin référent :

Traitement : Non Oui, préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DOSSIER UNIQUE Partie médicale ACT, LHSS

SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES :

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Irritabilité / instabilité de l'humeur
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Déambulation pathologique
<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/> Gestes incessants
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit
<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur	<input type="checkbox"/> Désinhibition
<input type="checkbox"/> Apathie, indifférence	<input type="checkbox"/> Autres

Précisez :

CONDUITES ADDICTIVES : Alcool Tabac Autres addictions

Préciser :

.....

Type de substitution :

.....

Depuis quand :

.....

Suivi en centre spécialisé : Oui Non

Suivi en médecine de ville : Oui Non

GROSSESSE EN COURS :

Non Oui, date prévue d'accouchement :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DOSSIER UNIQUE Partie médicale ACT, LHSS

TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie des dernières ordonnances)

Médicamenteux :

.....

Autres :

.....

Gestion habituelle des traitements : Autonome : Oui Non

Par une IDE : Passage quotidien Passage hebdomadaire

Projet de soins :

.....

.....

.....

.....

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? Oui Non (préciser) :

.....

.....

.....

.....

VENTILATION :

Oxygénothérapie : Non Oui (indiquer débit O2) :

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ? Oui Non

VNI : Non Oui (indiquer débit O2) :

Kinésithérapie respiratoire : Non Oui (nombre de séances /semaine) :

Trachéotomie : Non Oui

SOINS TECHNIQUES ASSOCIÉS :

Pansement Temps des soins :

Préciser type de pansement, localisation, stade :

.....

DOSSIER UNIQUE Partie médicale ACT, LHSS

Soins cutanés

Préciser :
.....

Perfusion sous-cutanée

Perfusion intra-veineuse, préciser :

Autre, préciser :

Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, ...) :

.....
.....

Présence d'un germe multi résistant : Oui Non

Précaution complémentaire :

AUTONOMIE

DÉFICIT COGNITIF Non Oui, préciser :

Alimentation	Hygiène/toilette	Contenance
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour s'alimenter <input type="checkbox"/> Régime particulier : <input type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Stomie (type) :
Communication	Déplacement / Orientation	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Barrière de la langue : Dit quelques mots en français <input type="checkbox"/> Se fait comprendre pour la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Conversation possible <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...) <input type="checkbox"/> Difficultés de transport en commun du fait de : Troubles visuels <input type="checkbox"/> Pb de lecture ou de compréhension du français <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aide pour les déplacements : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grabataire	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Cannes/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur

DOSSIER UNIQUE Partie médicale ACT, LHSS

Solidarité Accueil – 1 Bis rue Michelet 36 000 Châteauroux
02 54 01 40 90
medico-social@solidarite-accueil.fr

