

## Demande d'admission en Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

### 1. Présentation des LAM :

Conformément au décret N° 2016-12 du 11 janvier 2016, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) », les LAM accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, avec un pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Les LAM ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies
- De proposer un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée
- D'offrir 24h24 et toute l'année des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

### 2. Critères d'admission :

La situation médicale et sociale de la personne doit correspondre aux **trois critères** du décret du 11/01/2016, Art. D. 312-176-4.-I. Le volet médical doit obligatoirement être complétée et validée par un médecin.

- **Être sans domicile fixe**
- **Être majeur**
- **Être atteint de pathologie chronique lourde, irréversible, séquellaire ou handicapante et ne pouvant être prise en charge dans d'autres structures.**

### 3. Critères de refus :

- Absence d'un ou plusieurs critères d'admission
- Pathologie psychiatrique ou addictive non stabilisée engendrant des troubles du comportement incompatible avec la vie en collectivité aux LAM

### 4. Critère de mise sur liste d'attente :

- Manque de place dans l'établissement
- Un état de dépendance évalué trop important par rapport à la charge actuelle de l'équipe
- Veille à un équilibre sur la structure pour maintenir une dynamique de groupe cohérente

En cas de difficulté à statuer, seuls les directeurs des LAM prennent la décision finale.

### 5. Pièces et documents obligatoirement à joindre :

- Fiche du demandeur
- Ordonnances médicale (médicament, pansements, kiné, etc...), compte rendu médicaux de moins de 6 mois, rapport médical, résultats d'examen médicaux, convocations aux prochains rendez-vous médicaux
- Rapport social et pièces justificatives administratives et sociales

## Fiche N°1 - volet médical

→ Demande à envoyer par mail à : *admission.lam@hestia-orsac.fr* ou demande à faxer au secrétariat médical : 04 72 38 83 49

→ Rapport médical daté joint sous *pli confidentiel*, « à l'attention du médecin des LAM »

Date de la demande : ..... / ..... / 20.....

### Identité du candidat :

Nom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Prénom : ..... Âge : .....

Sexe : Masculin  Féminin  autre  Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Mail ..... @ .....

### Établissement instruisant la demande :

Identification de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Service : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ @ .....

Cadre de santé : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ @ .....

Assistant de service social : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

..... @ .....

### Médecin instruisant la demande :

NOM : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Fax : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Prénom : ..... Mail : ..... @ .....

### Pathologies somatiques motivant la demande : (*Compte rendu médical à joindre en pièce jointe*)

Pathologie principale : .....

Pathologies associées : .....

Soins actuels : .....

**Soins infirmiers** Oui  Non

Prescription : .....

Durée prévisible : .....

Fréquence :

Pansements : Oui  Non  .....

Localisation :

**Antécédents notables :**

Médicaux : .....

Chirurgicaux : .....

**Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :**

Pathologies psychiatriques : .....

Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne : .....

Stabilisé :    Oui                   Non

Psychiatre référent : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

..... @ .....

Psychologue référent : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

..... @ .....

Suivi : Lieu : ..... Fréquence : .....

**Addiction :**    Oui     Non

Tabac                   Alcool                   Médicaments,

Autres (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) préciser : .....

Traitements substitutifs aux opiacés    Oui     préciser : .....    Non

Suivi : Oui     Non

Personne référente : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ ..... @ .....

Lieu : ..... Fréquence : .....

**Information du patient :**

Est-il informé sur :

Le diagnostic : Oui                   non

Le pronostic : Oui                   non

**Traitement médicamenteux :**    Oui     Non

*(Joindre les ordonnances en même temps que la demande d'admission)*

**Patient suivi par membre du Réseau Social Rue Hôpital :** Oui  Non

Personne référente : NOM ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 .....@.....

**Rééducation :** Oui  Non

Prescription : ..... Durée prévisible ..... Fréquence .....

**Allergies :** Oui  Non

Lesquelles : .....

**BMR :** Oui  Non  Patient en isolement : Oui  Non

Type : .....

Traitement : .....

**Grossesse en cours** Oui  Non  Stade : .....

Suivi : .....

Mobilité	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement orthopédique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altération des fonctions supérieures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Alimentation	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Mixé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Élimination	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Continent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomie :	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Aide à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aide aux repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de médicament	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :**

- Les ordonnances en cours
- Les comptes rendus du dossier médical (*moins de 6 mois*)
- Les éléments de recherche diagnostique en cas de suspicion de tuberculose

**Date**

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**

## Fiche N°2 « Volet social »

→ Demande à envoyer par mail : *admission.lam@hestia-orsac.fr* ou demande à faxer au secrétariat médical :  
04 72 38 83 49

Date de la demande : ..... / ..... /20.....

### État civil du demandeur :

Nom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Âge : ...

Prénom : ..... Lieu de naissance :  
.....

Sexe : Masculin  Féminin  Autre

Langue parlée : .....

Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ ..... @ .....

Domiciliation administrative : ..... En cours de demande

Situation familiale : Célibataire  En couple  Pacsé  Marié  Séparé  Divorcé  Veuf

### Entourage :

Accompagnants : .....

Personne de confiance/proche : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

### Établissement / service instruisant la demande :

Identification de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Service : ..... Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ ..... @ .....

Travailleur social instruisant la demande : Nom : ..... Prénom : .....

Tel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ ..... @ .....

Qualité : .....

**Situation administrative (le jour de la demande) :**Nationalité : ..... Carte nationale d'identité française : Oui  Non 

Date d'entrée en France : ..... / ..... / .....

Nature du titre de séjour : ..... Durée de validité : .....

Nature des démarches en cours : ..... Date : ..... / ..... / .....

Autorisation de travail : Oui  Non Inscrit à la MVS / SIAO : Oui  Non  Date du diagnostic : ..... / ..... / .....**Pour les demandeurs d'Asile :**

Pays d'entrée ou la demande d'Asile a été faite : .....

Date de la demande : ..... / ..... / ..... APS : Oui  Non  Fin de validité : ..... / ..... / .....**Mesure de protection majeur protégé :**Démarche en cours : Oui  Non  Date : ..... / ..... / .....Nature : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Date de validité : ..... / ..... / .....

Nom du mandataire : ..... Tel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ..... @ .....

**Situation administrative et sociale :**Couverture sociale : Oui  Non  Type : PUMA  AME  Date de validité : ..... / ..... / .....En cours de demande  Date de dépôt : ..... / ..... / .....

Organisme : ..... N° SS : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Mutuelle / C2S : Oui  Non  Date de validité : ..... / ..... / .....

Organisme : .....

ALD 100% : Oui  Non  Date de validité : ..... / ..... / ..... En cours de demande

**Dossier MDPH :** En cours :  Acquis :  N° de dossier : .....

**Ressources :**

Nature : ..... Montant total des ressources : ..... €

Dossier de surendettement : Oui  Non

**Hébergement :**

Hébergement actuel ou dernier connu avant hospitalisation :

Rue  Squat  Hébergement chez un tiers  Hébergement d'urgence  CHRS

Domicile de la personne  Autre : .....

**Animal de compagnie :** Oui  Non  Genre (préciser) .....

Catégorie et nombre :

**Démarches d'accueil dans d'autres structures :**

Autres demandes d'accueil :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Faire mention des démarches inabouties : .....

.....

.....

.....

Motifs de refus : .....

.....

.....



**Rapport Social** : (situation de la personne, démarches en cours ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :**

- **Un rapport social OBLIGATOIRE, daté et rédigé 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 accueillie en LAM.
- **Les copies de toutes les pièces justificatives** (attestation de sécurité sociale, ALD, mutuelle, domiciliation, jugement de tutelle ou de curatelle ...)

Date

Cachet du travailleur social

Signature du travailleur social

## Fiche N°3 – Demande du candidat

DEMANDE D'ADMISSION EN LITS D'ACCUEIL MEDICALISES
---

Je soussigné(e) .....

Né(e) le : .....

*Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).*

*Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical me concernant sont adressés à l'établissement.*

*En cas d'admission en LAM, une participation financière à hauteur de 25% de mes ressources me sera demandée.*

Fait à .....

Le : .....

Signature :