

# Demande d'admission services du Pôle Santé de l'Association VISTA

(Siège social situé au 3 rue des Primevères – BP 20067 – 85340 Les Sables d'Olonne)

**Merci de renseigner un formulaire par personne. Toute demande incomplète ne pourra être étudiée en commission. La demande doit être accompagnée de la partie sociale (joindre copies pièce identité, attestation CSS...) et la partie médicale (joindre copies comptes rendus médicaux, ordonnances en cours...).**

Date de Réception : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

LHSS Mobile

LHSS

ACT Mobile

ACT

Les services de santé de l'association VISTA accompagnent toutes personnes sans abri de plus de 18 ans, sans autre limite d'âge, présentant des problèmes de santé ne nécessitant pas d'hospitalisation. Une coordination médico-sociale est assurée par un travailleur social et une équipe paramédicale.

- **LHSS Mobiles (Lits Halte Soins Santé Mobile)**

Les LHSS Mobile proposent un accompagnement temporaire aux personnes atteintes de **pathologies aiguës nécessitant des soins infirmiers**, sur leur lieu de vie (CHRS, Maisons-relais, chez un tiers, squat, rue ...). Un accompagnement social est également proposé.

Durée : 2 mois renouvelable le temps du soin

- **LHSS (Lits Halte Soins Santé)**

Les LHSS proposent un **hébergement** temporaire (au sein d'une structure collective), aux personnes atteintes de **pathologies aiguës nécessitant des soins infirmiers** et un accompagnement social.

Durée : 2 mois renouvelable le temps du soin

**Présence d'un professionnel 24/24h.**

- **ACT Mobiles (Appartements de Coordination Thérapeutique Mobile)**

Les ACT Mobile proposent un accompagnement aux personnes atteintes de **pathologies chroniques** nécessitant des soins et un accompagnement social, sur le lieu de vie de la personne (CHRS, Maisons-relais, chez un tiers ...)

Durée : 18 mois maximum (établi selon le projet personnalisé de la personne)

- **ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique)**

Les ACT proposent un **hébergement** en logement diffus (colocation puis logement seul) aux personnes atteintes de **pathologies chroniques** nécessitant des soins et un accompagnement social.

Durée : 18 mois maximum (établi selon le projet personnalisé de la personne)

**Pas de présence soignante 24h/24 dans les hébergements, disponibilité de l'équipe du lundi au vendredi de 9h à 17h.**

Ce dossier est à renvoyer :

- Par courrier : Pôle Santé de l'Association VISTA, 79 rue Sadi Carnot 85000 La Roche sur Yon
- Par mail : [polesante@associationvista.fr](mailto:polesante@associationvista.fr)

**Partie à remplir par le patient (peut être aidé)**

Je soussigné(e) Mr/Mme.....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

Demande l'examen de ma candidature en vue d'un accompagnement par les services de santé de l'association VISTA pour une durée limitée.

Motif(s) de ma demande :

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

Personne de confiance ou famille à contacter (Nom/Prénom/ coordonnées/ lien avec la personne (parent, enfant, ami...)) :

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

Je suis informé(e) qu'un dossier social et médical est adressé au Pôle Santé de l'association VISTA

La loi numéro 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, plus connue sous le nom de loi informatique et libertés, est une loi française qui régit la liberté de traitement des données personnelles, c'est-à-dire la liberté de fichier les personnes humaines. Cette liberté étant indissociable de l'activité informatique, cette loi régit donc les conséquences potentiellement antisociales de l'activité informatique.

Je soussigné(e) ..... autorise les équipes du Pôle Santé de l'association VISTA à échanger des informations médico-sociales me concernant avec les différents professionnels.

Fait le :

A :

Signature :

## Volet social

Etat civil du/des demandeur/s	Demandeur <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	_____	Langue parlée : _____
Prénom	_____	Nationalité : _____
Date de naissance	_____	
Adresse	_____ _____ _____ _____	Pièce d'identité : (CNI, passeport, acte de naissance, ....)
N° de téléphone (fixe, port)	_/_/_/_/_/_	Si titre de séjour ou récépissé, Précisez si autorisation de travailler :  <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Situation familiale Enfants à charge Animal de compagnie	<input type="checkbox"/> isolé <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> personne relais : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non précisez : .....	
Si titre de séjour, récépissé ou APS (date de validité)		Autorisation de travail :
Mesure de protection	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez : ..... ..... .....	

### Coordonnées du service social orienteur et coordonnées du référent social

_____ _____
----------------

<b>Logement/hébergement actuel</b>	
Adresse logement/hébergement (si sans logement, domiciliation)	
Bailleur	
Demande de logement social	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
Contingent	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
DALO	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
Orientations SIAO	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Si oui, lesquelles :
<b>Ressources</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Nature des ressources</b>	<b>Montant</b>
RSA	
AAH	
Salaire	
Invalidité	
Pension retraite	
Autre	

<b>Charges : montant, Loyer, téléphone, EDF, amendes, dettes....</b>	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Commission de surendettement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours

<b>Couverture sociale (joindre photocopie)</b>	
N° sécurité sociale	_____
Base (régime général) + mutuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Expire le ___/___/___
CSS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Expire le ___/___/___
100% ALD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Expire le ___/___/___
AME	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Expire le ___/___/___
Sans mutuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Expire le ___/___/___

**Maison Départementale des  
Personnes Handicapées (MDPH)**

N° de dossier MDPH \_\_\_\_\_  
 AAH (taux d'incapacité) / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ %  
 Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Complément de ressources  oui  non Expire le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 RQTH  oui  non Expire le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Carte d'invalidité  oui  non Expire le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Prestation de compensation  oui  non Expire le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Intervenants	Structures Institutions			
• Sociaux	<input type="checkbox"/> MDSF <input type="checkbox"/> SAO _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> Hôpital _____	<input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> CMP
• Aides à domicile	<input type="checkbox"/> SSIAD _____	<input type="checkbox"/> HAD _____	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Aide- _____
• Associations	_____			

Autonomie / vie quotidienne	0 : pas du tout ; 10 : autonomie totale										
Gestion budgétaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestion administrative	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Faire les courses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Préparer les repas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soins d'hygiène	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entretien du logement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



# VOLET MEDICAL ET PARAMEDICAL

## Identification du patient :

Nom Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Nationalité :

Langue parlée :

Accompagnant :

Lien avec demandeur :

---

Professionnel de santé demandeur :

Structure :

Tél/ mail/ Adresse :

Médecin traitant :

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

-

-

---

## Problématique médicale principale motivant la demande :

*(Merci de joindre les CR des dernières consultations et/ou hospitalisations et les résultats des derniers examens complémentaires)*

Durée présumée de la prise en charge médicale : .....

**Antécédents / Problématiques médicales associées :**

-
-
-
-
-
-

**Allergies connues :** OUI  NON  précisez : .....

**Troubles psychiques et psychiatriques** .....

Suivi : OUI  NON  par : .....

**Addictions :**

PRODUITS	Quantité/ jour	Fréquence
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Opiacés		
Comportementales		
Autres :		

Suivi thérapeutique : OUI  NON  par : .....

Traitement de substitution : OUI  NON  précisez : .....



**Traitements médicaux en cours** (Merci de joindre une copie des ordonnances)

Dénomination	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement

**Soins paramédicaux et surveillance en cours** (nature, fréquence):

Nature	Fréquence	Durée
<b>Soins infirmiers</b> - injections - pansements - autres		
<b>Surveillance :</b>		
<b>Rééducation</b> - kiné - orthophonie - autre		
<b>Autres</b>		

**RDV prévus** (date, lieu, motif):

- 
- 
- 

Régime alimentaire spécifique : OUI  NON

Précisez :

.....

**Autres informations utiles (déficit visuel, auditif...) :**

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

**Evaluation du patient :****Poids :****Taille :**

<b>Le patient a besoin d'aide :</b>	<b>oui</b>	<b>Partiellement temporairement</b>	<b>non</b>	<b>précisez</b>
Pour préparer/ prendre son traitement				
Pour gérer ses RDV				
Pour se laver /s'habiller				
Pour les déplacements <b>intérieurs</b>				
Pour les déplacements <b>extérieurs</b>				
Pour le ménage				
Pour la préparation des repas /s'alimenter				
<b>Le patient présente :</b>				
Un risque de chute				
Des troubles cognitifs				
Des troubles du comportement				
De l'agressivité				
Une incontinence urinaire				
Une incontinence fécale				

**Signature et cachet du professionnel de santé demandeur :****Date de la demande :**