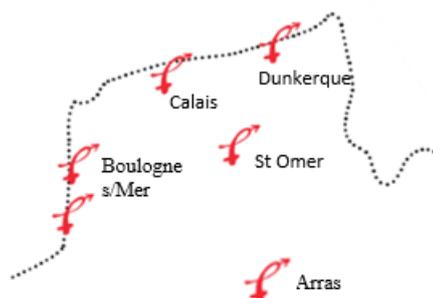


**Service d'Appartements de Coordination Thérapeutique
Hors les murs de l'association ADIS**

 : 03 21 97 27 38
 : contact@asso-adis.com

Dossier de candidature

ACT HORS-MURS



- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dunkerque | <input type="checkbox"/> Saint-Omer |
| <input type="checkbox"/> Calais | <input type="checkbox"/> Arras |
| <input type="checkbox"/> Boulogne sur Mer | |

Ne rien inscrire dans ce cadre

Date d'enregistrement :

- Dossier :
- Complet
 - Incomplet
 - Hors cadre
 - Retourné

DOSSIER DE CANDIDATURE A RENVOYER COMPLET A :

Pour le présent dossier :

Mme DANEL Catherine, Directrice des services et des établissements de l'ADIS

Calais : 129D 131C Digue Gaston Berthe – 62100 CALAIS

+ le dossier médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Docteur DEGUISNE

Nom Prénom :

INFORMATIONS GENERALES :

Les Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs (ACT HLM) prennent en charge quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020).

1) L'ADIS c'est quoi ?



L'ADIS accompagne toute personne vulnérable en situation de précarité, atteinte ou non de pathologie chronique, dans l'écoute, le respect et le non-jugement.

Trois services :

- ACT avec hébergement
- ACT Hors-les-murs et service d'accompagnement à domicile
- Service de prévention en santé sexuelle

L'ADIS dispose d'espace d'accueil sur chaque site afin de recevoir les personnes, pour des entretiens ou des ateliers.

1) ACT Hors-les-murs

C'est un service d'accompagnement pluridisciplinaire au sein de toute forme d'habitat qui vise à répondre de la manière la mieux adaptée aux besoins des usagers de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

Il a pour objectif d'accompagner les personnes ayant une pathologie chronique somatique. Selon le ministère de la santé et de la prévention, une maladie chronique est « *une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves* ».

2) Accompagnement ACT Hors-les-murs

Une prise en charge médicale et psychologique, ainsi qu'un accompagnement social et éducatif sera proposé.

L'équipe est composée de :

Une directrice
Un médecin coordinateur
Une cheffe des services



Une coordinatrice du service
ACT Hors-Murs

Secrétaire
Comptable
Assistante comptable
Agent technique

Psychologue
Infirmier(ère) coordinatrice parcours santé
Aide soignante
Travailleur/euse social(e)

3) Procédure d'admission

Orientation par un partenaire : Complétude du dossier social et médical

↓
Réception de la demande

↓
Envoi d'un courrier avec la date de passage en commission

↓
Commission d'admission

Candidature retenue

Candidature non-retenue

Place disponible:

Place non disponible:

↓
Entretien équipe sur le lieu de vie avec
personne du service orienteur quand cela
est possible, pour présentation du service
et évaluation des besoins et des
demandes.

↓
Dossier mis en attente

↓
Envoi d'un courrier de refus
d'accompagnement à la personne et
service orienteur avec réorientation
quand cela est possible.

↓
Courrier de decision

↓
Phase de diagnostic de deux mois :
rencontre des différents professionnels

↓
Signature du contrat d'accompagnement

↓
Mise en place du projet personnalisé en
fonction des besoins de la personne.

4) La participation financière :

Aucune participation ne sera demandée aux personnes accompagnées.

5) Le règlement intérieur :

En cas d'inclusion en ACT Hors-les-murs, la personne cosigne le contrat d'accompagnement ainsi que le règlement de fonctionnement qu'elle s'engage à respecter.

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Afin de faciliter votre accompagnement, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de joindre à celui-ci les pièces suivantes :

Dossier social ci-joint

- Lettre de motivation et projet de la personne
- Note sociale par le professionnel vous orientant vers notre service

Dossier médical ci-joint et les différents documents médicaux récents

- Dernières ordonnances
- Comptes-rendus des spécialistes (papier ou mail)
- Liste des antécédents et des pathologies
- Attestation d'autorisation du transfert de dossier médical au médecin coordinateur des ACT Hors-les-Murs

Si les informations médicales transmises ne sont pas suffisantes pour le médecin coordinateur des ACT Hors-les-murs, **le dossier ne pourra être étudié.** Un complément d'informations pourra vous être demandé.



Dossier social type de demande d'admission ACT Hors-les-murs



Etablissement instruisant la demande :

Nom et qualité du travailleur social instruisant la demande :

Coordonnées de la personne instruisant la demande :
Nom, téléphone et adresse mail :

Signature du professionnel instruisant la demande

Etat Civil du(des) demandeur(s)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :
Conjoint(e) / Enfants :
Nationalité :
Téléphone / Adresse mail :



Situation familiale :

- Célibataire En couple
 Enfants :

Nom prénom	Âge	Lien de parenté

Lieu de vie actuel

Type de logement/hébergement (individuel, associatif, structure, sans logement...) :

Adresse ou lieu ressource :



Administratif :

Pièce d'identité :

CNI Titre de séjour Autorisation Provisoire Séjour

Validité :.....

Mesure de protection juridique ou administrative Oui Non

Nom du professionnel et de la structure :



Ressources :

Montant :.....€uros

Nature :(AAH, RSA, salaire, pension d'invalidité, retraite, ...) :

.....

.....

Couverture Sociale :

Régime général : CPAM MSA Autre :

CSS / Mutuelle :

100% A.L.D :

AME :



Autre(s) intervenant(s) accompagnant la personne :

Nom	Structure	Coordonnées

Accord de la personne sur les éléments transmis et l'adhésion au projet

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette(ces) structure(s).

Signature de la personne :

VOTRE PROJET

Nous vous demandons d'expliquer en quelques lignes, pourquoi vous souhaitez être accompagné(e/s) par notre service d'ACT HLM.

Quel est votre projet (soins, professionnel, social ou autre...) ?

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

De quoi avez-vous besoin ?

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

Qu'attendez-vous du service ?

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

Ecrivez tout ce que vous avez envie de dire... ou joignez un courrier.

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

Dossier Médical de demande d'admission

Appartement de Coordination
Thérapeutique Hors-les-murs de l'ADIS
(ACT HLM)



Date de la demande :

Nom et coordonnées du médecin demandeur :

Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

Nom et coordonnées d'un professionnel de santé référent (IDE..) :
.....

IDENTITE DU CANDIDAT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :



ATTESTATION

Je soussigné(e),, autorise par la présente, que mon dossier médical ainsi que les différents comptes-rendus médicaux, soient transférés au Docteur DEGUISNE Yveline, médecin coordinatrice des ACT Hors-murs de l'ADIS.

- Yveline.deguisne@medical59.apicrypt.org

J'atteste par la présente donner mon accord afin que ces données médicales soient présentées lors de la commission à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Fait à, le

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PATHOLOGIE CHRONIQUE :

Pathologie chronique motivant la demande :

.....

Date du diagnostic :

COMORBIDITES :

Autre(s) pathologie(s) :

.....

.....

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non

Suivi psychothérapique : oui non

Trouble(s) du comportement : oui non

Si oui, précision :

Conduites addictives : oui non

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles :

.....



ANTECEDENTS MEDICAUX :



ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :



TRAITEMENT(S) :

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

BESOINS	AUTONOMIE	DEPENDANCE PARTIELLE	DEPENDANCE TOTALE
RESPIRATION			
TOILETTE ET HABILLAGE			
ALIMENTATION			
DEPLACEMENTS			
COMMUNICATION			
ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE			

PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

BESOINS IDENTIFIES :

AUTRE(S) INFORMATION(S) :

