

DOSSIER D'ADMISSION

Lits Halte Soins Santé Périnatalité (LHSSP)

« Casa Yayo » France Horizon Marseille

Déposez le dossier complété sur
l'espace sécurisé suivant :
<https://share.france-horizon.fr/upload/5d2f245e-d884-4ed8-906d-aa7e4a03cfad>

Adressez un mail à
admissions-lhssp@france-horizon.fr nous informant
qu'un dossier a été déposé
sur l'espace sécurisé

Une question ?
Sage-femme coordinatrice
06.99.37.30.72
Cheffe de service :
06. 64.81.43.46

MA DEMANDE CONCERNE :

HÉBERGEMENT

Etablissement à l'initiative de la demande : _____

Date de la demande : _____

Noms et qualité du/des professionnel/s remplissant le dossier :

Professionnel médical : _____

Tel : _____ Mail : _____

Professionnel social : _____

Tel : _____ Mail : _____

ÉQUIPE MOBILE

Etablissement à l'initiative de la demande : _____

Date de la demande : _____

Noms et qualité du/des professionnel/s remplissant le dossier :

Professionnel médical : _____

Tel : _____ Mail : _____

Professionnel social : _____

Tel : _____ Mail : _____

CADRE RÉSERVÉ AU LHSSP FRANCE HORIZON MARSEILLE

Date de réception de la demande : _____

Date de commission d'admission : _____

Admission : ☐ Oui ☐ Non Date : _____

Lieu de l'admission : 46, rue du Bosquet 13005 Marseille _____

Motif Refus éventuel : _____

1. LE PUBLIC ACCUEILLI

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont des dispositifs médico-sociaux ayant pour mission d'assurer un **hébergement temporaire assorti d'un accompagnement sanitaire et social à des personnes en situation de grande précarité, dont l'état de santé nécessite une prise en charge globale sans relever d'une hospitalisation.**

Le LHSS Périnatalité Casa Yayo accueille spécifiquement des **femmes enceintes et/ou des mères avec nourrissons ou jeunes enfants présentant des vulnérabilités multiples**, selon deux modalités :

- **Avec hébergement** : sur le site temporaire du 46 rue du Bosquet, 13005 Marseille,
- **Sans hébergement**, avec un accompagnement de l'équipe mobile santé précarité périnatale (EMSPP)

A ce titre, l'établissement accorde une attention particulière à la continuité des soins périnataux, à la protection de l'enfance et au soutien à la parentalité.

La durée du séjour est corrélée à la durée des soins. **Elle est par défaut de 2 mois renouvelables en fonction de l'état de santé de la personne accueillie.**

Elle est adaptée au cas par cas selon les spécificités de chaque personne accueillie.

2. DÉCISION D'ADMISSION

L'admission du demandeur s'effectue **sous condition d'avis médical favorable** :

- **La commission médicale** (sage-femme, coordinatrice et médecin) statue sur le caractère adapté de la prise en charge en LHSSP au vu de la pathologie de la mère, du nourrisson, ou des deux.

La décision finale est prononcée par l'équipe de direction qui examine notamment la situation sociale du demandeur et son caractère adapté au vu du projet d'établissement.

----- ATTENTION -----

**LES SOINS ET SITUATIONS SUIVANTES
NE PEUVENT ÊTRE PRISES EN CHARGE EN LHSSP !**

- Oxygénothérapie adulte/enfant.
- Hospitalisation nécessaire ou surveillance médicale continue 24h/24h.
- Absence de plan de soins ou d'objectif thérapeutique identifié.
- Femme enceinte mineure ou mère mineure relevant de l'ASE.
- Situation de crise psychiatrique aiguë.
- Handicap nécessitant un établissement spécialisé.

INDEX & MODALITÉS DE REMPLISSAGE

En fonction de la personne qui émerge sur les places LHSSP, vous pouvez remplir l'une ou l'autre des parties de ce dossier :

Page 4 : dossier social commun à toutes les candidatures.

=> En cas de présence d'accompagnants ou de fratries, nous vous remercions de veiller à renseigner intégralement cette partie.

Page 7 : dossier médical femme enceinte

Page 10 : dossier médical femme en post-partum

Page 12 : dossier médical nouveau-né/nourrisson

DOSSIER SOCIAL

Merci de joindre obligatoirement un rapport social en complément.

Personne concernée par la place LHSSP (femme ou enfant) :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Titre de séjour (expire le) : _____

☐ Demande Asile-Normal ☐ DA-Accéléré ☐ DA-Dublin

Tel : _____

Pièce d'identité : _____ Date de validité : _____

Mesure de protection juridique : _____

Suivi social extérieur : _____

Montant des ressources : _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Depuis : _____

Maîtrise du Français : ☐ Oui ☐ Non, langue : _____

Situation Logement

Adresse : _____

☐ NUD Si oui, N° + date de la demande : _____

☐ DALO Date de la demande : _____

☐ DAHO Date de la demande : _____

☐ Fiche SIAO Date de la demande : _____

☐ Parcours Résidentiel

Informations complémentaires : _____

Situation financière et emploi

Types de ressources : _____

Montant approximatif des ressources mensuelles : _____

Surendettement : ☐ Oui ☐ Non

N° CAF : _____

N° Fiscal : _____

Déclaration impôt à jour : ☐ Oui ☐ Non

Situation financière et emploi – Adulte 1

☐ CDI ☐ CDD ☐ Auto-Entrepreneur ☐ Interim ☐ Étudiant/Formation ☐ Retraité

☐ Recherche d'emploi ☐ Sans activité ☐ Non renseignée

Informations complémentaires :

N° France Travail : _____

Situation financière et emploi – Adulte 2

Lien à la demandeuse :

☐ CDI ☐ CDD ☐ Auto-Entrepreneur ☐ Interim ☐ Étudiant/Formation ☐ Retraité

☐ Recherche d'emploi ☐ Sans activité ☐ Non renseignée

Informations complémentaires :

N° France Travail : _____

Scolarité

Enfant : ☐ Crèche ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Supérieur Classe : Établissement :	Enfant : ☐ Crèche ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Supérieur Classe : Établissement :	Enfant : ☐ Crèche ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Supérieur Classe : Établissement :
--	--	--

Santé

☐ CPAM ☐ AME ☐ PUMA ☐ CSS ☐ Mutuelle ☐ Sans couverture ☐ Fiche liaison PASS

☐ ALD

Expire le : _____ N° Sécurité Sociale : _____

MDPH : ☐ Oui ☐ Non

RQTH : ☐ Oui ☐ Non

Personnes accompagnantes/Compo familiale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Informations complémentaires

Maitrise du Français :

Accompagnant.e ☐ Oui ☐ Non, langue : _____

DOSSIER MÉDICAL FEMME ENCEINTE (1/3)

Suivi médical

Maternité : _____

Médecin / Sage Femme : _____

Tel : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____

Tel : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Antécédents obstétricaux

Gestité : _____ Parité : _____

FCS/Grossesses pathologiques ou accouchements compliqués antérieurs :

Terme de la grossesse : _____

DDR : _____

Grossesse en Semaines d'Aménorrhées : _____ SA, le _____

Facteurs de risque obstétricaux/Pathologie de la grossesse en cours :

- ☐ Diabète gestationnel sous insulino-requérant
- ☐ Cancérologie
- ☐ Grossesse multiple
- ☐ HTA gravidique
- ☐ Pré-éclampsie
- ☐ Pathologies infectieuses (à préciser) : _____
- ☐ Décompensations psychiatriques (à préciser) : _____
- ☐ Addictions

Autres :

DOSSIER MÉDICAL FEMME ENCEINTE (2/3)

Plan de soins obstétricaux

Traitement : _____

Suivi : _____

Préconisations : _____

Pathologie(s) Maternelle(s) Chronique (s) antérieure(s) à la grossesse

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pour chaque pathologie :

Date et diagnostic	Suivi (lieu et nom du médecin)	Traitement et plan de soins

DOSSIER MÉDICAL FEMME ENCEINTE (3/3)

Addiction(s)

Produit(s) :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Opoïdes
- ☐ Médicaments
- ☐ Autres produits : _____

Suivi : ☐ Oui ☐ Non Centre de suivi : _____

Traitement substitutif et/ou plan de soins :

Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée : _____

Syndrome anxio-dépressif : _____

Suivi : ☐ Oui ☐ Non Etablissement : _____

Médecin : _____

Traitement substitutif et/ou plan de soins :

DOSSIER MEDICAL FEMME EN POST PARTUM (1/2)

Date de l'accouchement : _____

Terme : _____

☐ Voie basse

☐ Césarienne

Complications : _____

Pathologie et soins en rapport avec le post partum : _____

Pathologie(s) Maternelle(s) Chronique(s) antérieur(s) à la grossesse

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pour chaque pathologie :

Date et diagnostic	Suivi (lieu et nom du médecin)	Traitement et plan de soins

DOSSIER MÉDICAL FEMME EN POST PARTUM (2/2)

Addiction(s)

Produit(s) : _____

Suivi : ☐ Oui ☐ Non Centre de suivi : _____

Traitement substitutif et/ou plan de soins :

Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée : _____

Syndrome anxio-dépressif : _____

Trouble post traumatique : _____

Suivi : ☐ Oui ☐ Non Etablissement : _____

Médecin : _____

Traitement substitutif et/ou plan de soins :

DOSSIER MÉDICAL NOUVEAU-NÉ/NOURRISSON

Date accouchement : _____

Prématurité : ☐ Oui ☐ Non terme en SA : _____

Pathologies en cours :

- ☐ Pathologie congénitale
- ☐ Pathologie neurologique
- ☐ Pathologie cardiaque
- ☐ Pathologie digestive
- ☐ Pathologie orthopédique
- ☐ Cancérologie
- ☐ Autres :

Accouchement compliqué avec souffrance fœtale : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, diagnostic : _____

Médecin : _____

Etablissement de suivi : _____

Plan de soins et traitement : _____

Remarques : _____
