

## ESSIP Équipe Spécialisée Soins Infirmiers Précarité

Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier d'admission concernant une personne en situation de grande précarité (tout âge) étant en rupture de soins et vivant en structure AHI (Accueil, Hébergement, Insertion) ou dans des lieux de vie informels (rue, squat, bidonville...) ayant besoin de soins infirmiers techniques et relationnels dans le département du Loiret.

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la partie administrative/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 à joindre à la demande d'admission. Vous pouvez nous faire parvenir la demande d'admission de préférence par mail ou par courrier :

ESSIP départementale Imanis  
ESSIP,  
975 rue de Bourges  
45 160 OLIVET

Mail

[essip.45@imanis.fr](mailto:essip.45@imanis.fr)

L'étude du dossier s'effectue en équipe. L'équipe se réunira dans les meilleurs délais après la réception d'une demande d'admission. L'intégration de la file active de l'ESSIP sera effective après la validation du dossier par l'équipe IDE et par la direction.

Nous n'avons pas une liste exhaustive des soins infirmiers réalisables par l'ESSIP cependant, nous serons vigilants à accepter des soins au regard des compétences de l'équipe.

Une priorisation des dossiers est effectuée, elle prend en compte le caractère d'urgence et la vulnérabilité du patient.

L'ESSIP se tient à votre entière disposition pour répondre à vos interrogations et s'engage à répondre dans les plus brefs délais.

Cordialement.

L'ESSIP

## Dossier d'admission ESSIP Volet social

### Partenaire instruisant la demande

Établissement/structure	
Nom	
Fonction	
Mail	
Téléphone	

### État civil

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Lieu de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nationalité :
Domiciliation postale :	Langue : - Langue maternelle : - Niveau en Français :
Lieu de vie actuel :  <input type="checkbox"/> Rue/squat, <input type="checkbox"/> Accueil d'urgence, <input type="checkbox"/> Établissement social, <input type="checkbox"/> Hébergement amical, <input type="checkbox"/> Hébergement familial, <input type="checkbox"/> Logement autonome	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié, <input type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Séparé, <input type="checkbox"/> Divorcé, <input type="checkbox"/> Vie maritale, <input type="checkbox"/> PACS, <input type="checkbox"/> Autre
Adresse/ lieu où l'on peut rencontrer ou prendre la personne en soins : (pour la rue ou le squat, donner le maximum d'informations pour que nous puissions trouver la personne)	Nombre d'enfants :  Dont à charge
Téléphone du patient :	

## Couverture sociale :

N° de sécurité sociale	Organisme	Ouverture des droits	Fin des droits	Dossier de demande déposé
				Date :

Sécurité sociale	S.S. de base	S.S + mutuelle	ALD	CSS	PUMA	AME	Aucun droit	Patient suivi par la PASS ou passerelle santé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Renseignements administratifs

Carte nationale identité :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> procédure en cours (date de dépôt) :	Fin de validité :
Titre de séjour/visa :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> procédure en cours (date de dépôt)	Fin de validité :
Précisez-lequel :				
Carte de résident :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> procédure en cours (date de dépôt) :	Fin de validité :

Si une procédure de demande d'asile est en cours, précisez le stade de la procédure :					
Date d'entrée en France : .....					
<input type="checkbox"/> Primo-arrivant	<input type="checkbox"/> Attente Rdv OFPRA	<input type="checkbox"/> Attente réponse	<input type="checkbox"/> Débouté	<input type="checkbox"/> Recours CNDA	<input type="checkbox"/> OQTF

Revenus	Salaire	RSA	AAH	Invalidité	IJ	Pôle emploi	ADA	Retraite	Autre .....
Montant									

## Mesure de protection

- Demande en cours d'instruction, date de dépôt de la demande :
- Demande effective, date de fin de validité :

Nature de la mesure :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle

Organisme	
Nom du mandataire	
Adresse	
Mail	
Téléphone	

**Dossier MDPH :**  Oui  Non  En cours (date de la demande) : .....

N ° dossier MDPH : .....

**Devenir, Demandes d'accueil réalisées :**

- En structures de soins,

Oui  Non  Non nécessaire,  le patient ne le souhaite pas

Type de structures envisagées

LHSS,  LAM,  ACT,  Autres (à préciser)

Précisez le nom et les coordonnées du ou des organismes sollicités et le positionnement sur la liste d'attente si connu :

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

Faire mention des démarches inabouties et le motif de refus :

.....  
.....

- En structures d'hébergement,

Oui  Non  Ne sait pas

Précisez le nom et les coordonnées du ou des organismes sollicités et le positionnement sur la liste d'attente si connu :

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

Faire mention des démarches inabouties et le motif de refus :

.....  
.....

- En logement

Oui  Non  Ne sait pas

Précisez le nom et les coordonnées du ou des organismes sollicités et le positionnement sur la liste d'attente si connu :

.....

.....

.....

Faire mention des démarches inabouties et le motif de refus :

.....

.....

**Travailleur social de référence :**

Organisme	
Nom du travailleur social	
Adresse	
Mail	
Téléphone	

**Animal de compagnie :**

Oui,  Non,  ne sais pas.

Type d'animal :

Nombre :

**Personne à prévenir :**

Nom :	Prénom :
Lien de parenté :	
Adresse :	
Téléphone :	

**Dossier d'admission  
ESSIP  
Volet Médical**

**Médecin instruisant la demande**

Service Orienteur	
Nom du médecin	
Mail	
Téléphone	

**Médecin traitant :**

La personne a -t-elle un médecin traitant déclaré :  Oui  Non

Nom du médecin	
Adresse du cabinet	
Mail	
Téléphone	

**Pathologie(s) motivant la demande d'admission :**

Existe-t-il un suivi :  Oui  Non

Lieu de suivi :

Fréquence du suivi :

Nom et coordonnées du médecin référent :

**Antécédents :**

**Pathologie psychiatrique :**  Oui  Non  Ne sait pas

Pathologie stabilisée :  Oui  Non

Existe-t-il un suivi :  Oui  Non

Lieu de suivi :

Fréquence du suivi :

Nom et coordonnées du médecin référent :

**Conduites addictives :**  Oui  Non  Ne sait pas

Tabac,  alcool,  cannabis,  opiacés,  autres à préciser

Existe-t-il un suivi :  Oui  Non

Traitement de substitution en place :  Oui  Non

Lieu de suivi :

Fréquence du suivi :

Nom et coordonnées du médecin référent :

**Troubles du comportement** (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)

**Troubles cognitifs** (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)

**Allergies :**

**Autres :**

**Joindre impérativement les ordonnances pour les soins infirmiers à réaliser, les ordonnances en cours et si possible les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation et les RDV à venir.**

## Soins à réaliser

	Descriptif, Il est important pour une étude efficiente du dossier de détailler les soins à réaliser	Oui	Non	Fréquence	Durée prévue/prévisible
Infirmier					
Autres <small>A préciser</small>					

## Consultations et examens à venir

Nom du médecin et spécialité ou type d'examen	Lieu <small>(Adresse de l'établissement, point de RDV)</small>	Date du RDV	Heure



**Merci de fournir les convocations pour les examens et consultations programmés.**

## Informations complémentaires

Toilette/Habillage	Continence	Protections
<p>Haut du corps</p> <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 urinaire à demeure <input type="checkbox"/> Auto-sondage <input type="checkbox"/> Colostomie <input type="checkbox"/> Urétérostomie <input type="checkbox"/> Étui pénien	<input type="checkbox"/> Changes complets De jour <input type="checkbox"/> De nuit <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Pull ups De jour <input type="checkbox"/> De nuit <input type="checkbox"/>
<p>Bas du corps</p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<p>Habillage</p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
Déplacement	Appareillage	Transferts
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale  <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Alité  <input type="checkbox"/> En capacité de monter les escaliers <input type="checkbox"/> Droit à l'appui	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Attèles <input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale  <input type="checkbox"/> Aides techniques : Préciser :
Communication	Orientation dans le temps	Orientation dans l'espace
<input type="checkbox"/> Aisance en Français à l'oral <input type="checkbox"/> Aisance en Français à l'écrit <input type="checkbox"/> Illettrisme <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Communication non verbale <input type="checkbox"/> Être capable d'alerter	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale