

## DOSSIER D'ADMISSION HSR-Périnat "CONFLUENCE"

L'établissement « HSR-Périnat Confluence » est destiné à héberger à titre temporaire des femmes enceintes ou avec nouveau-nés en situation de vulnérabilité médicale et psychosociale. Ce site est composé de places d'hébergement d'urgence et de places de soins résidentiels (LHSS et ACT) **pour des femmes enceintes, des mères venant d'accoucher ou des nouveau-nés présentant une pathologie qui, sans relever d'une hospitalisation, nécessitent des soins ambulatoires incompatibles avec la vie à la rue.** Cet établissement vise l'accueil et l'accompagnement de 125 personnes.

*Ce dossier sera évalué en commission d'admission par l'équipe pluridisciplinaire du HSR-Périnat. Nous vous prions de bien vouloir le remplir intégralement pour une meilleure évaluation de prise en charge. Vous pourrez y joindre tous documents nécessaires pour l'étude de ce dossier : **rapport social et comptes rendus médicaux***

**Vous devez en parallèle saisir une demande sur SI-SIAO adressée au SIAO local.**

Etablissement à l'initiative de la demande : .....

.....

Noms et qualité du professionnel : .....

Coordonnées (mail et téléphone) : .....

### Cadre réservé au HSR-Périnat CONFLUENCE

Date réception de la demande : /\_\_ /\_\_ /20\_\_ / - N° dossier /\_\_ /\_\_ /

Date commission d'admission : /\_\_ /\_\_ /20\_\_ /

Rendez-vous de préadmission : OUI ☐ NON ☐

Date et lieu de la Preadmission : /\_\_ /\_\_ /20\_\_ /

Admission ☐

Refus : ☐ Motif : .....

## DOSSIER SOCIAL 1/2

### Femme concernée par la demande

Noms : ..... Prénom : .....  
 Date et lieu de naissance : /\_\_ /\_\_ /\_\_ / .....  
 Nationalité : ..... Date arrivée en France : /\_\_ /\_\_ /\_\_ / .....  
 Numéro de téléphone : .....  
 Hébergement actuel (hors hôpital) : .....  
 Adresse de domiciliation : .....  
 Pièce d'identité et date de validité : .....  
 Couverture sociale et date d'échéance de validité : .....  
 Montant des ressources : .....  
 Mesure de protection juridique : .....  
 Suivi social extérieur (Nom et coordonnées) : .....

### Père du nouveau-né ou de l'enfant à naître :

Noms : ..... Prénom : .....  
 Date et lieu de naissance : /\_\_ /\_\_ /\_\_ / .....  
 Nationalité : ..... Date arrivée en France : /\_\_ /\_\_ /\_\_ / .....  
 Numéro de téléphone : .....  
 Hébergement actuel (hors hôpital) : .....  
 Adresse de domiciliation : .....  
 Pièce d'identité et date de validité : .....  
 Couverture sociale et date d'échéance de validité : .....  
 Montant des ressources : .....  
 Projet de couple : ☐ Oui ☐ Non  
 Demande d'admission HSR conjointe : ☐ Oui ☐ Non

## DOSSIER SOCIAL 2/2

### Enfants

Noms	Prénom	Date de naissance	A charge (oui/non)

### Autres informations

Maîtrise du Français : ☐ Courant ☐ Notion ☐ Absence

Si absence, langue de communication : .....

### Note sociale

## DOSSIER MEDICAL FEMME ENCEINTE 1/3

### Suivi médical

Maternité :

Médecin/ Sage-Femme :

Médecin Traitant :

*NB : Veuillez indiquer noms, prénoms, adresse, numéro de téléphone, adresse mail*

### Antécédents Obstétricaux

Geste:

Pare:

FCS/Grossesses pathologiques ou accouchements compliqués antérieurs

Terme de la grossesse : le /\_\_ /\_\_/20\_\_/

DDR :

Grossesse en Semaines d'Aménorrhées : \_\_\_\_\_SA, le /\_\_ /\_\_/20\_\_/

Facteurs de risques obstétricaux /Pathologie de la grossesse en cours

## DOSSIER MEDICAL 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 :

Diagnostic , date du diagnostic	Suivi (lieu et nom du médecin)	Traitement et plan de soins

## DOSSIER MEDICAL FEMME ENCEINTE 3/ 3

### Addiction(s)

Produit(s):

Suivi : OUI ☐ NON ☐

Centre de suivi :

Traitement substitutif et/ou plan de soins :

### Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée :

Syndrôme anxio dépressif :

Trouble post traumatique :

Suivi: OUI ☐ NON ☐

Établissement :

Médecin :

Traitement :

### Note complémentaire

## 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) antérieure(s) à la grossesse

Oui ☐

Non ☐

Si oui, pour chaque pathologie :

Diagnostic, date du diagnostic	Suivi (lieu et nom du médecin)	Traitement et plan de soins

## DOSSIER MEDICAL FEMME EN POST PARTUM 2/2

### Addiction(s)

Produit(s) :

Suivi : OUI ☐ NON ☐

Centre de suivi :

Traitement substitutif ou autre :

### Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée :

Syndrôme anxio dépressif :

Trouble post traumatique :

Suivi: OUI ☐ NON ☐

Établissement :

Médecin :

Traitement :

### Note complémentaire



## DOSSIER MEDICAL NOUVEAU-NÉ/NOURRISSON 1/1

Date accouchement :

Prématurité : NON ☐ OUI ☐ terme en SA

Accouchement compliqué avec souffrance fœtale : OUI ☐ NON ☐

Si oui, éléments médicaux :

Pathologie néonatalogique : OUI ☐ NON ☐

Si oui : Diagnostic

Médecin et établissement de suivi :

Plan de soins et traitement

Remarques