

## 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 Préadmission : /\_\_ /\_\_ /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

Maitrise 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 :

Traitemennt substitutif et/ou plan de soins :

### Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée :

Syndrôme anxiol dépressif :

Trouble post traumatisant :

Suivi:      OUI       NON

Établissement :

Medecin :

Traitemennt :

### 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 :

Traitemennt substitutif ou autre :

### Psychiatrie

Pathologie psychiatrique diagnostiquée :

Syndrôme anxiol dépressif :

Trouble post traumatisant :

Suivi:      OUI       NON

Établissement :

Médecin :

Traitemennt :

### 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