



Dossier D'admission

ESSIP

Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité.

Il s'agit d'un dispositif dispensant sur prescription médicale des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en grandes précarité ou très démunies

Ce dossier doit être dûment rempli et peut être accompagné de documents complémentaires concernant le suivi médical et social de la personne.

Vous pouvez nous envoyer le dossier :

- Par e-mail essip.pole-exclusion91@croix-rouge.fr

- Par courrier : ESSIP 91
82 rue Gutenberg
91120 PALAISEAU

Date de la demande/...../..... Date d'admission souhaitée .../...../.....

Dossier rempli par : Téléphone.....

La personne concernée

Nom..... Prénom.....

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance

Nationalité

Adresse mail :

Pièces d'identité *:

☐ Carte d'identité ☐ Passeport ☐

☐ Récépissé Carte de séjour ☐ Sans ☐

☐ Autres :

*(joindre pièce justificative)

Adresse de domiciliation

.....

La personne est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non

La personne est-elle en accord avec cette demande ? ☐ Oui ☐ Non

Situation de famille :

Nombre d'enfants..... Dontà charge

Situations financières* : *(joindre pièce justificative)

	OUI	NON
Visa Touristique	☐	☐
Assurances santé privée	☐	☐
Ressources Familiales	☐	☐
Carte PASS	☐	☐
Précarité avéré	☐	☐

Renseignements médicaux

Etablissement d'origine

Hôpital : Téléphone :
 Médecin
 Cadre de Santé :
 Service :
 Assistante Sociale :
 Date d'entrée à l'hôpital/.../..... Date de sortie prévue : .../...../.....

BILAN MEDICAL

Diagnostic médical à ce jour	
Diagnostic psychiatrique à ce jour	
Antécédents médicaux	
Allergies	

Risques infectieux

	OUI	NON	GUÉRI(E)	TRAITÉ(E) date de début de traitement
HÉPATITE B				
HÉPATITE C				
MALADIE CONTAGIEUSE AUTRE				
TUBERCULOSE				
VIH dépistage effectué:				
BHRE				

Consommation addictive

	OUI	NON	SEVRÉ(E)	TRAITÉ(E) date de début de traitement
TABAC				
ALCOOL				
stupéfiants				
MEDICAMENT				
AUTRE PRODUIT				

TRAITEMENT EN COURS						
Nom	Dosage	Mat.	Midi	Soir	Nuit	Durée prescription

Désorientation temporo-spatiale : OUI ☐ NON ☐

Plâtre : OUI ☐ NON ☐

Localisation : A retirer le

Chaise roulante : OUI ☐ NON ☐

Cannes anglaises : OUI ☐ NON ☐

SOINS A PREVOIR		
	OUI	NON
Kinésithérapie		
Pansements		
Régime alimentaire		
Aide à la toilette		
Aide au repas		
Aides à prévoir		

CONSULTATIONS ET EXAMENS PREVUS				
Lieu de la consultation/examen	Date	Heure	Médecin ou type d'examen	Mode de transport prévu

Observations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUIVI SOCIAL

Nom de l'assistante sociale référente :

Service :

Téléphone :

Adresse e-mail :

DEVENIR PREVISIBLE

Hébergement	Démarches en cours	Contacts

SITUATION SOCIALE

Numéro sécurité sociale :	Ouverture de droits :	Date de début : Date de fin :
---	--------------------------	--

- Sécurité sociale de base
- Sécurité Sociale + mutuelle
- C.S.S
- C.M.U-C
- A.L.D
- A.M.E
- Démarches en cours pour (préciser la date d'envoi):
- Aucun droit

*(joindre pièces justificatives)

RESSOURCES			
• Salarié • Allocation chômage • R.S.A • A.A.H	• Pension d'invalidité • Pension/retraite • Sans • Autres :		
MESURE DE PROTECTION			
• En cours • Effective : date de début :			
Nature de la mesure : • Sauvegarde de justice • Curatelle • Tutelle • Autre :			
Nom du référent :	Organisme : Adresse :		
Téléphone :			
BILAN D'AUTONOMIE			
Items	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Gestion du budget			
Démarches extérieures			
Communication			

Type d'hébergement avant l'hospitalisation :

Observations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Durée envisagée de prise en charge par l'ESSIP :	Nom du médecin demandeur :
Je m'engage à reprendre ce patient dans le service s'il s'avère que son état physique ou mental dépasse les compétences des interventions de l'ESSIP Signature (obligatoire) : Date :	Cachet (obligatoire)

CADRE RESERVE A LA STRUCTURE ESSIP	
Dr : • Avis favorable • Avis défavorable Motif du refus: Signature : Date :	Responsable de structure : • Avis favorable • Avis défavorable Motif du refus : Signature : Date :