

## F597 Informations à l'attention du thérapeute :

Cher confrère,

Le présent formulaire doit vous permettre de documenter une demande quant aux conditions d'hébergement de votre patient-e et éventuellement de sa famille, conditions qui dépendent de l'EVAM.

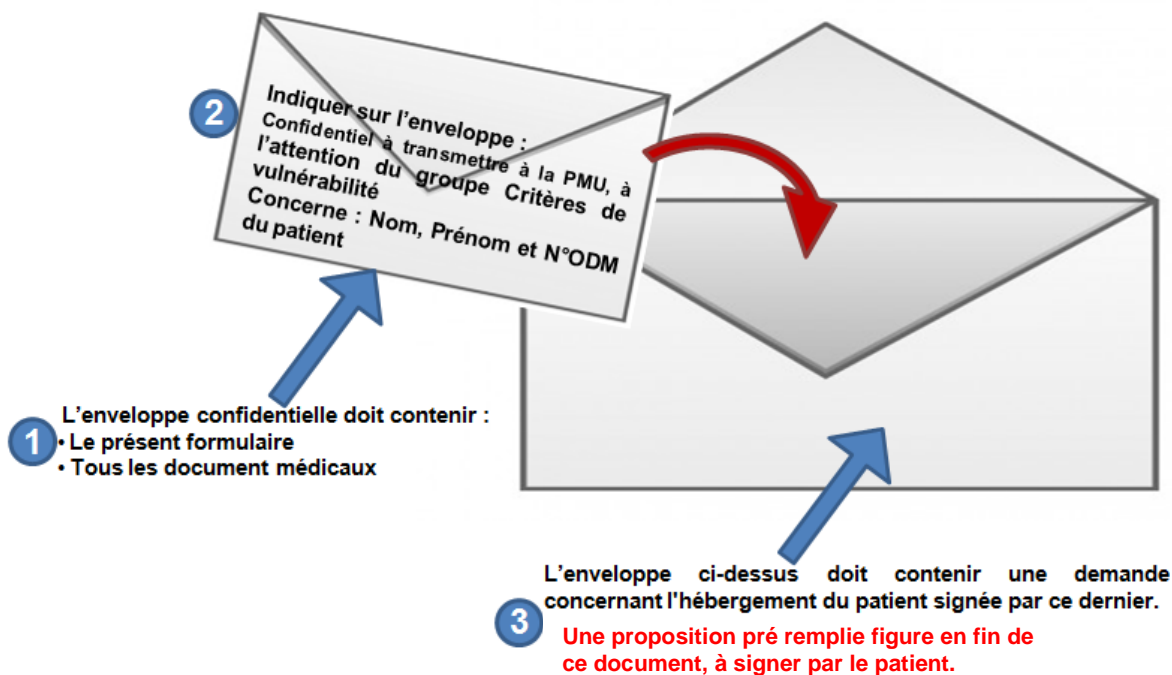
L'EVAM a mis en place une procédure très précise pour le traitement de ces demandes, et dans l'intérêt de votre patient-e, vous devez la suivre scrupuleusement.

Notre Groupe de Travail « Vulnérabilité », composé de soignants (avec un soutien administratif et juridique) de la PMU, préavise l'EVAM sur la base des documents que vous lui faites parvenir, et ne peut le faire que si l'EVAM le sollicite, et donc si la procédure a été suivie.

L'EVAM reste par ailleurs maître de sa décision. Si à la suite d'une demande, vous restez sans nouvelle, il est possible que la demande ne soit pas parvenue au Groupe de Travail pour des raisons de procédure.

Nous vous invitons dans ce cas à vous informer auprès de l'EVAM et éventuellement à nous contacter dans un second temps. La procédure à suivre est la suivante :

Le présent formulaire, accompagné des éventuels rapports médicaux détaillés, doit être transmis sous enveloppe fermée avec la mention : **confidentiel à transmettre à la PMU, à l'attention du groupe critères de vulnérabilité, concerne : nom, prénom et N° ODM du patient (8 chiffres)**, cette enveloppe fermée, accompagnée d'une demande concernant l'hébergement signée par le patient lui-même (une proposition pré-remplie figure en fin de ce document) doit être adressée à : **Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), Entité Placement, Route de Chavannes 33, 1007 Lausanne.**



**A transmettre à :**

**Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)  
Entité Placement, Route de Chavannes 33, 1007 Lausanne**

## F597 Evaluation de la vulnérabilité du patient

Nom : Date d'émission du dossier :  
Prénom : Date de réception PMU :  
Date de naissance : Date de réception EVAM :  
N°ODM (8 chiffres) :

### A Au préalable

- Besoins du patient selon l'appréciation du médecin
  
- Attentes exprimées par le patient

### B Les critères de vulnérabilités sociaux, somatiques et psychiatriques présents

#### 1. Critères sociaux :

- Enfants
- Famille
- Entourage
- Situation de discrimination  
(Exemple : homosexualité, conflits interethnique)

Remarques :

**2. Critères somatiques :**

- Antécédents et diagnostics
  
- Gravité et pronostic
  
- Polymédication
  
- Mobilité / Handicap
  
- Grossesse et période néonatale
  
- Suivi (remplir le tableau ci-dessous)

<b>NOM</b>	<b>LIEU</b>	<b>DOMAINE THERAPEUTIQUE (y compris non médical)</b>	<b>FREQUENCE DU TRAITEMENT (par semaine/mois/année)</b>	<b>DUREE PREVUE DU TRAITEMENT</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Remarques :

**3. Critères psychiatriques :**

Diminution de la capacité de discernement du patient

Diminution de la capacité de communiquer du patient

Troubles de l'humeur graves

Troubles anxieux graves

Syndrome de stress post-traumatique sévère

Troubles psychotiques

Suivi (remplir le tableau ci-dessous)

NOM	LIEU	DOMAINE THERAPEUTIQUE (y compris non médical)	FREQUENCE DU TRAITEMENT (par semaine/mois/année)	DUREE PREVUE DU TRAITEMENT
1.				
2.				
3.				

Remarques :

## C Demandes

### 1. Hébergement actuel :

- Appartement individuel  
(Si appartement partagé avec autres locataires, préciser le nombre et les liens familiaux)

- Foyer  
 Foyer avec chambre individuelle  
 Abri PC  
 Sleep-in

### 2. Besoins en matière d'hébergement :

- Logement en appartement individuel  
Précisez les raisons médicales :
- Chambre partagée en foyer EVAM (Ni abri PC, ni Sleep-In)  
Précisez les raisons médicales :
- Chambre à effectif réduit en foyer (2 personnes au maximum)  
Précisez les raisons médicales :
- Chambre individuelle en foyer EVAM  
Précisez les raisons médicales :

### 3. Besoins particuliers :

- Endroit où se reposer la journée  
Précisez les raisons médicales :
- Besoin de sanitaires privatifs pour raisons médicales  
Précisez les raisons médicales :



- Besoin de régime alimentaire particulier  
Précisez les raisons médicales :

- Logement avec ascenseur ou situé au rez-de-chaussée  
Précisez les raisons médicales :

#### 4. Situation géographique :

- Thérapeutes :

Par défaut on considère qu'un patient peut changer de thérapeute. Le G.T. considère qu'un rendez-vous hebdomadaire n'exige pas a priori de résider dans la même ville que son thérapeute (en principe, l'EVAM rembourse les frais de transport). Vous avez la possibilité de donner d'éventuels arguments médicaux quant à l'impact d'un changement géographique sur le suivi thérapeutique.

- Région :

Les lieux d'hébergement de la région lausannoise sont rarement attribués et lorsque c'est le cas souvent après une très longue attente. Il est très important d'évaluer et de discuter de cette question avec votre patient-e.

- Nécessité d'être à proximité d'un lieu de soins :  
Précisez les raisons médicales :

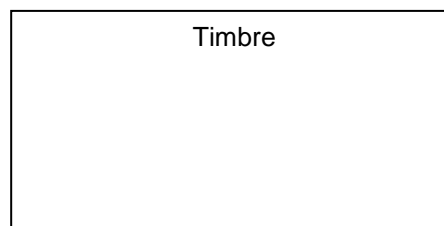
- Nécessité d'une aide aux transports :  
Précisez les raisons médicales :

Remarques :

Lieu : .....

Date : ..... Signature .....

Médecin : .....



---

A l'attention de l'EVAM

**Demande de modification de logement**

Madame, Monsieur,

Par la présente lettre, je me permets de vous confirmer mon souhait d'un changement de logement, comme sollicité dans le rapport de vulnérabilité qu'a rédigé mon médecin.

En vous remerciant par avance de votre bienveillante compréhension, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Nom  
et Prénom  
du/de la  
demandeur/se : .....

Lieu et date : .....

Signature : .....

\*Conditions d'envoi :  
Se référer au Point 3 de la première page du document

