

Lits Halte Soins Santé

Notice

Quel patient : Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. **Soins nécessitant le passage quotidien d'une infirmière et un suivi médical, ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée.**

Qui peut adresser ces patients : Dans toute la Savoie, la demande peut venir de n'importe quelle structure médicale ou sociale. **La fiche de demande d'inclusion sera impérativement remplie par un médecin.**

Durée possible de séjour : jusqu'à deux mois possiblement renouvelable.

Pathologies envisagées : Toute pathologie nécessitant une prescription d'infirmière à domicile à la sortie. Soins dermatologiques, pansements post-opératoire, pathologies infectieuses nécessitant des injections ou une surveillance particulière...

Délai : L'admission est placée sous condition d'avis favorable de la commission d'admission présidée par le médecin des LHSS, le directeur adjoint prononce la décision après examen de la situation du demandeur, au regard de l'adéquation entre les besoins et attentes des personnes et les missions des LHSS. Les demandes seront étudiées de 8h30 à 17h00 en semaine. **Nous n'effectuons pas d'entrée la veille de week-end et de jours fériés. Nous répondrons dans les meilleurs délais .**

Sortie : La prise en charge assure un suivi médical mais aussi un accompagnement social et éducatif dans le but de trouver, avec l'adhésion du patient, une solution pour la sortie. A la fin des soins, en l'absence de projet, en cas de fugue ou d'exclusion, le patient retrouvera sa situation initiale.

Fiche de demande d'inclusion aux Lits Halte Soins Santé

A compléter et à faxer au : 04 56 80 96 58

ou par mail: lhss@la-sasson.fr

Les demandes seront examinées par le médecin et l'accueil sera validé aussi par la direction des lits de stabilisation CHRS. (en cas de besoin laisser un message à l'intention du médecin au **06 66 59 77 91**).

(Vous pouvez remplir directement le questionnaire en PDF et l'imprimer ensuite.)

Date de la demande :

Nom du patient :

Prénom :

Sexe : M F

Nom de Jeune Fille :

Date de naissance :

nationalité :

téléphone patient :

langue(s) parlée(s) :

pièce identité : oui non précisez

Lieux de vie au moment de la demande (rue, squat, établissement de santé, CHU, chez un tiers...)

1/ FICHE SOCIALE

Suivi social par :

Service :

Tel :

Revenus : Salaire RSA Retraite AAH Chômage

Autre :

N°SS :

Organisme :

SS de base ALD Mutuelle PUMA CSS AME

Mesure de protection : oui non

Si oui, coordonnées de la personne gestionnaire :

MERCI de joindre un rapport social :

Commentaire social (Papier / Logement / Référent) :

Démarches sociales en cours / Logement / Devenir social envisagé :

2/ Fiche médicale (Confidentielle)

à remplir par le médecin

Médecin effectuant la demande :

Service :

Tel :

**Antécédents
Médicaux :**

Chirurgicaux

Gynéco-obst :

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : oui non

suivi oui non service médecin référent :

CONDUITES ADDICTIVES (ne sont pas un frein à l'admission.)

Précisez les quantités consommées :

Tabac : oui non

Alcool : oui non

Cannabis : oui non

Opiacés : oui non

Autres produits : oui non

Autonomie

Déplacement	<input type="checkbox"/> Impossible	<input type="checkbox"/> Appareillage si oui précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> seul
Toilette	<input type="checkbox"/> Aide complète	<input type="checkbox"/> Aide partielle : si oui précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> seul
Habillage	<input type="checkbox"/> Aide complète	<input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	<input type="checkbox"/> seul
Repas	<input type="checkbox"/> Aide complète	<input type="checkbox"/> Aide partielle si oui précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> seul

Alimentation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> mixée	<input type="checkbox"/> autre précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Élimination	Urine	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> incontinent
	fécale	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> incontinent
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Altérée	<input type="checkbox"/> Appareillage précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Mode d'expression :	<input type="checkbox"/> Cohérent	<input type="checkbox"/> Incohérent	<input type="checkbox"/> Avec difficultés

Capacités cognitives	Oui	non
Désorientation spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation temporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Histoire de la maladie :

Examen clinique (Éléments utiles) :

Objectif thérapeutique des lits halte soins santé :

Examens prévu / Rdv de consultation :

Durée prévisible de prise en charge :

3/ Traitements

Date de la demande :

Nom du patient :

Prénom :

Nom du médecin prescripteur :

Joindre les ordonnances correspondantes

Nom du médicament (en lettre majuscule)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement (Jours / Sem / Mois)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Soins Infirmiers / Kiné ...

Soins	Nb de fois par jour	Durée (Jours / Sem / Mois)

Tampon et signature :

Avis du médecin des LHSS:

Demande acceptée :

Date d'entrée prévue :

Durée prévue :

Lit prévu :

Ajournement (informations complémentaires souhaitées) :

Refus : (Motif)