

Lits Halte Soins Santé **DOSSIER D'ADMISSION**

Mission et public accueilli au LHSS

Extrait du décret 2016-12 du 11 janvier 2016 : « *Les Lits Halte Soins Santé accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.* »

Durée possible de séjour : 2 mois selon la réglementation en vigueur, cette durée peut être reconduite dans la mesure où la situation sanitaire de la personne accueillie le nécessite.

Délai : L'admission est placée sous condition d'avis favorable de la commission d'admission présidée par le médecin des LHSS, le chef de service 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. **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.

Important à retenir

Merci de transmettre ce document dûment rempli et complété.

Cet établissement offre un hébergement, provisoire et un accompagnement aux personnes sans domicile fixe ayant une problématique de santé aiguë, quelle que soit leur situation administrative.

Les prises en charge relevant d'un établissement médico-social spécialisé (SSR, EHPAD, foyer d'hébergement, maison d'accueil spécialisée, unité de soins palliatifs, centre de cure, sevrage...) ne sont pas admissibles au sein de notre établissement.

Les soignants sont présents sur la structure en journée la semaine. Pour les week-ends et jours fériés, uniquement le matin au moment des soins.

La demande d'admission est l'expression d'une démarche volontaire du patient/demandeur. Les patients doivent être informés des modalités d'accueil et des conditions de sortie.

Fiche de demande d'inclusion aux Lits Halte Soins Santé

**A compléter et à envoyer par MonSISRA : LHSS LA SASSON de préférence
(ou par mail : lhss@la-sasson.com)**

Les demandes seront examinées par le médecin et le chef de service. En cas de besoin, merci de laisser un message au
06 66 59 77 91

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 : merci de nous fournir une copie ☐ non

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

.....
.....

FICHE SOCIALE

Suivi social par :

Service : Tel :

Domiciliation :

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 :

.....

Commentaire social :

.....
.....

Démarches sociales en cours / Logement / Devenir social envisagé :

.....
.....

MERCI de joindre un rapport social

FICHE MEDICALE

À remplir par le médecin

Date de la demande :

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 : ☐ oui ☐ non

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Déplacement	☐ Impossible	☐ Appareillage Si oui précisez :	☐ seul
Toilette	☐ Aide complète	☐ Aide partielle : Si oui précisez :	☐ seul
Habillage	☐ Aide complète	☐ Aide partielle : ☐ Haut ☐ Bas	☐ seul
Repas	☐ Aide complète	☐ Aide partielle Si oui précisez :	☐ seul

Alimentation	☐ Normale	☐ Mixée	☐ Autre Si oui précisez :
Élimination	Urine	☐ Continent	☐ Incontinent
	Fécale	☐ Continent	☐ Incontinent
Prothèse auditive	☐ Oui	☐ Non	Si oui précisez : ☐ Droite ☐ Gauche
Prothèse dentaire	☐ Oui	☐ Non	Si oui précisez : ☐ Haut ☐ Bas
Acuité visuelle	☐ Normale	☐ Altérée	☐ Appareillage Si oui précisez :
Mode d'expression	☐ Cohérent	☐ Incohérent	☐ Avec difficultés

Capacités cognitives	Oui	Non
Désorientation spatiale	☐	☐
Désorientation temporelle	☐	☐
Troubles de la mémoire	☐	☐
Troubles de l'attention	☐	☐
Troubles du comportement	☐	☐
Troubles moteurs	☐	☐
Risque de fugue	☐	☐

Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examen clinique (Éléments utiles) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objectifs thérapeutiques des Lits Halte Soins Santé :

.....

.....

.....

.....

Examens prévus / Rdv de consultation :

.....

.....

.....

.....

.....

Durée prévisible de prise en charge :

TRAITEMENTS

Date de la demande :

Nom du patient : Prénom :

Nom du médecin prescripteur :

Traitement :

Nom du médicament (en lettre majuscule)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement (Jours / Sem / Mois)

JOINDRE LES ORDONNANCES CORRESPONDANTES

Soins Infirmiers / Kiné ...

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

Tampon et signature médecin demandeur :

Demande admission aux LHSS

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des LHSS.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Je suis informé(e) des modalités d'accueil.

Fait à :

Le :

Signature patient(e) :

