

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Caractéristiques du public accueilli.

Les structures dénommées « 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.

Missions principales des LHSS.

- 1° Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique ;
- 2° Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies;
- 3° Elaborer avec la personne un projet individuel de sortie.

Soins non réalisables aux LHSS

- Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du patient, ponction...
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale, ou pansement avec VAC
- Personne grabataire ou nécessitant des soins de nursing complet sans perspective de rétablissement.
- Personne présentant une démence de type Alzheimer ou apparentée nécessitant une surveillance permanente.

Durée du séjour

La durée de séjour est corrélée à la durée des soins. Dans un délai maximum de 2 mois renouvelable selon l'état de santé de chaque personne accueillie et après validation par le médecin.

Pièces à joindre :

- ordonnance médicale (médicaments, pansements, kiné etc.....)**
- compte-rendu, rapport médical
- résultats d'examen médicaux
- convocations aux prochains rdv médicaux

L'ensemble des documents médicaux seront lus et traités par les professionnels médicaux et paramédicaux soumis au secret professionnel.

Transmission du dossier

- par fax au 04 69 16 70 08
- par mail : accueil@hestia-orsac.fr

DEMANDE D'ADMISSION Lits Halte Soins Santé (LHSS) FICHE MEDICALE (CONFIDENTIELLE)

Date de la demande : :

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Suivi par membre du RSRH	<input type="checkbox"/> OUI	Lequel :	Nom de la personne référente:
	<input type="checkbox"/> NON		

MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE

NOM/Prénom :

Tél :

Mail :

Si hôpital :

- Service : NOM : Tél. : Mail :
- Cadre de santé : NOM : Tél. : Mail :
- Assistante sociale : NOM : Tél. : Mail :

1°) Antécédents et pathologies en cours

MEDICAUX	CHIRURGICAUX

2°) Soins motivant la demande d'admission :

.....

.....

.....

Pansements <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : <i>Protocole</i> : <i>Durée prévisible</i> : <i>Fréquence</i> :

Traitement médicamenteux : oui non

Merci de nous faire parvenir les ordonnances en même temps que la demande d'admission.

Rééducation oui non

Si oui : Prescription :

Durée prévisible :

Fréquence :

5°) Co-morbidités :

PSYCHIATRIQUES
Type de troubles
Suivi thérapeutique
Traitements

ADDICTIONS
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lesquelles :
<input type="checkbox"/> Tabac
<input type="checkbox"/> Alcool
<input type="checkbox"/> Toxiques (Cocaïne, Héroïne, Crack) : préciser :
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines
<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Autres
Suivi CSAPA :

ALLERGIES
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui lesquelles :

BMR
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui préciser le type et le traitement :
Patient en isolement :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6°) Evaluation de la dépendance

Date :

<ul style="list-style-type: none">○ Mobilité :<ul style="list-style-type: none">○ Marche seul oui / non○ Marche à l'aide d'une canne oui / non○ Marche à l'aide d'un déambulateur oui / non○ Fauteuil roulant oui / non○ Traitement orthopédique : oui / non Si oui, précisez le type et la localisation :○ Transferts autonomes oui / non	<ul style="list-style-type: none">○ Autonomie :<ul style="list-style-type: none">○ Altération des fonctions supérieures : oui / non Si oui, précisez :○ Aide à la toilette : Partielle / Complète○ Aide aux repas : Partielle / Complète
<ul style="list-style-type: none">○ Alimentation :<ul style="list-style-type: none">○ Sonde gastrique oui / non○ Mixé oui / non○ Normale oui / non○ Stomie oui / non○ Parentérale oui / non	<ul style="list-style-type: none">○ Elimination :<ul style="list-style-type: none">○ Continent oui / non○ Incontinence urinaire oui / non○ Incontinence fécale oui / non○ Sonde à demeure oui / non○ Stomie oui / non

NB : En cas de suspicion de tuberculose, merci de nous joindre les éléments de recherche diagnostique.

Couverture sociale

Couverture sociale	<input type="checkbox"/> oui	
	<input type="checkbox"/> non	
Si oui type:		
Date de validité :		
100% ALD	<input type="checkbox"/> oui	Date :
	<input type="checkbox"/> non	
Couverture complémentaire	<input type="checkbox"/> oui	
	<input type="checkbox"/> non	
Si oui type:		
Période de validité :		

Lieu de vie avant l'hospitalisation

Rue	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non
Hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non
Hébergement d'urgence	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non
Autre :	

Ressources actuelles

Nature des ressources :	<input type="checkbox"/> Sans	<input type="checkbox"/> Retraite
	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> ARE
	<input type="checkbox"/> ADA	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> AA	<input type="checkbox"/> Salaire
Montant des ressources :		

Éléments complémentaires (suivi social, démarches en cours....)

.....

.....

.....

.....

.....

Coordonnées de la personne référente du suivi social :