

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

---

Tout dossier incomplet ne pourra être traité. Aussi, merci de bien renseigner le présent dossier.

Notre équipe reste joignable au 04 68 71 05 91 du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 14h00 à 17h30.

Le dossier d'admission est à renvoyer à l'adresse suivante :

**Lits de Halte Soins Santé**  
Appartement 9, « Cité l'Aiguille »  
9 avenue de l'Île de France  
11800 Trèbes

**La partie médicale doit être mise dans une enveloppe scellée avec la mention « Confidentiel – à l'attention du Médecin Coordonnateur du LHSS TREBES ».**

## 1. Public accueilli

Les Lits Halte Soins Santé de Trèbes, structure d'hébergement temporaire, accueillent des personnes en grande vulnérabilité sociale, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social.

La structure ne dispose pas de personnel paramédical ou médical la nuit.

## 2. Commission d'admission

Chaque semaine, la commission d'admission composée par l'équipe pluridisciplinaire étudie les demandes. Le demandeur ou le centre orienteur sera à l'issue contacté pour vous informer de la décision prise.

## 3. Les soins suivants ne peuvent être assurés au sein des LHSS TREBES

- Perfusions
- Seringue électrique
- Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable intermittente
- Oxygénothérapie
- Dialyse péritonéale
- Seringue électrique
- Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable intermittente

- Oxygénothérapie
- Dialyse péritonéale

4. Les soins suivants ne peuvent être assurés au sein des LHSS TREBES

- Perfusions
- Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du malade, ponction...
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale
- Personne grabataire
- Personne sous-alimentation entérale continue

5. Durée du séjour :

La durée du séjour est de 2 mois renouvelable tant que l'état de santé le nécessite.

6. Accueil

L'entrée a lieu de préférence les journées de lundi et mardi de 9h00 à 15h00. Pour des raisons d'habitat, la personne accueillie est limitée à 3 bagages.

Pièces à joindre impérativement au dossier

- Rapport social

**Dans une enveloppe scellée avec la mention « Confidentiel – Médical à l'attention du Médecin Coordonnateur du LHSS TREBES »**

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultat d'examens médicaux

### Orienté par

Etablissement :  
Tél. :  
Service :

Médecin : Dr

Référent sanitaire :  
Tél. :  
Fax. :  
Date d'entrée souhaitée :

Référent social :  
Tél. :  
Fax :

### Identification du patient

Nom :  
Date de naissance :

Prénom :

Nationalité :

Sexe : M  F

Langue parlée :

Profession :

Domiciliation :

Hébergement :

Personne : isolée  en couple

### Informations administratives

N° S.S. : ..... /

Centre paiement :

Couverture sociale actuelle :

Base  ALD  CMUC  AME  Mutuelle

Fiche liaison PASS

N° CAF :

Centre paiement :

Documents d'identité en possession de la personne .....

Titre de séjour éventuel : .....

Ressources actuelles : .....

Mesure de protection judiciaire : non  oui

Type de mesure : .....

Coordonnée organisme de protection : .....

Projet en cours ou à venir : (orientation à la sortie...etc.)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Rapport social à remplir par le service social de l'établissement orienteur**

**Informations médicales à remplir par le médecin du service**

Motif medical d'admission :

Antécédent :

Allergie :

Addiction :

Etablissement déjà sollicité :

Pathologie intercurrente :

Handicap :

Bactérie Multi Résistante :

Tuberculose :

Trouble ou pathologie psychiatrique/psychologique :

CONFIDENTIEL

<p><b>Informations médicales à remplir par le médecin du service</b></p> <p>Traitement en cours :</p>  <p>Observance :</p>		<p>Soin infirmier en cours :</p>  <p>Kinésithérapie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Motricité</b></p> <p><input type="checkbox"/> autonome</p> <p><input type="checkbox"/> béquilles</p> <p><input type="checkbox"/> fauteuil</p> <p><input type="checkbox"/> alité</p>	<p><b>Sphincters</b></p> <p><input type="checkbox"/> continence</p> <p><input type="checkbox"/> incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> incontinence fécale</p> <p><input type="checkbox"/> sonde à demeure</p>	<p><b>Comportement</b></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> dépressif</p> <p><input type="checkbox"/> à stimuler</p> <p><input type="checkbox"/> agité</p> <p><input type="checkbox"/> désorienté</p>	<p><b>Alimentation</b></p> <p><input type="checkbox"/> autonome</p> <p><input type="checkbox"/> aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> aide totale</p>
<p>Régime alimentaire à préciser :</p>			
<p>L'établissement de santé ou le médecin prescripteur s'engage à transmettre des informations médicales et sociales complètes et authentiques, et tenant compte notamment des soins que le LHSS TREBES n'a ni mission ni moyens d'assurer, compte-tenu de ses objectifs et du projet d'établissement.</p> <p>Date : _____ Signature (obligatoire) : _____</p>			