

Nom :

Prénom :

Demande d'admission à envoyer à l'attention de la direction et du médecin des LHSS HLM
Fax : 04.95.06.23.92 / Email : lhsshlm.fontainieu@groupe-sos.org

1. Public suivi :

Toute personne sans abri de plus de 18 ans, sans autre limite d'âge, dont la pathologie ou l'état général nécessite des soins infirmiers et un appui à la coordination des soins, mais non une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée.

Le suivi est ouvert quelle que soit la situation administrative de la personne.

2. Décisions d'admission

L'admission du demandeur est placée sous condition d'avis médical favorable du Médecin et de l'équipe paramédicale du LHSS Hors Les Murs.

L'équipe de Direction prononce la décision d'admission, selon examen de la situation du demandeur au regard des objectifs et des moyens des LHSS HLM définis dans le projet.

3. Les soins suivants ne peuvent être assurés dans le cadre des LHSS Hors les Murs :

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

4. Durée d'accompagnement :

La durée d'accompagnement est corrélée à la durée des soins dans un délai maximal de 6 semaines. Elle est adaptée au cas par cas selon les spécificités de chaque personne suivie.

5. Les horaires de suivi :

Le suivi a lieu dans les créneaux horaires suivants : du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00.

6. Pièces à joindre impérativement au dossier :

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

En l'absence des éléments demandés, le dossier ne sera pas pris en compte.

Merci de bien vouloir renseigner tous les items contenus dans ce dossier, tout dossier incomplet sera non traité ou renvoyé à l'expéditeur

Nom :

Prénom :

Orienté par :

Etablissement :

Médecin : Dr

Tél. :

Service :

Référent sanitaire :

Référent social :

Tél. :

Tél. :

Fax. :

Fax :

Date d'entrée souhaitée :

Structure d'hébergement pour le suivi du patient :

Identification du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Sexe : M F

Langue parlée :

Profession :

Domiciliation :

Hébergement :

Personne : isolée en couple accompagnée

Informations administratives :

N° S.S. : / Centre paiement :

Couverture sociale actuelle :

Base ALD CMUC AME Mutuelle AMU/DSUV 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.)

Nom :

Prénom :

Informations médicales :

Motif(s) médicaux d'admission :	Etablissements déjà sollicités :		
Antécédents :	Pathologie(s) intercurrentes :		
Allergies :	Handicap(s) :		
Addiction(s) :	Bactéries Multi Résistantes :		
Trouble(s) ou pathologie(s) psychiatrique/psychologique :	Tuberculose :		
Traitements(s) en cours :	Soins infirmier cours :		
Observance :	Kinésithérapie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
Motricité <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité	Sphincters <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> sonde à demeure	Comportement <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> Désorienté	Alimentation <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale
Régime alimentaire à préciser :			

Nom :

Prénom :

Rapport social :

CONFIDENTIEL

Je soussigné(e) Né(e) le :

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits Halte Soins Santé Hors Les Murs (LHSS HLM). Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical me concernant sont adressés à l'établissement.

Fait à

Le :

Signature :