

DEMANDE D'ADMISSION

LHSS MAUPASSANT

Les demandes d'admission sur les LHSS peuvent se faire sur deux sites différents :

LHSS MAUPASSANT

(Site Russie)

5 rue de russie

06000 Nice

lhss.nice-poleinfirmier@groupe-sos.org

ou

LHSS MAUPASSANT

(Site Villa Sainte Camille)

68 Boulevard de la corniche d'or

06590 Théoule sur mer

lhss-vsc.soins@groupe-sos.org

Merci de bien renseigner le présent dossier et de le retourner **sur le site d'accueil préférentiel (Russie ou VSC)** dont les coordonnées apparaissent ci-dessus. En cas d'impossibilité d'accueil sur le site préférentiel, vous êtes informés que la candidature sera traitée sur l'autre structure.

En cas de besoin, nous sommes joignables au 04.93.85.81.21 (LHSS de Nice) et/ou 04.92.97.36.40 (LHSS VSC Théoule sur mer).

Les LHSS Maupassant est une structure d'hébergement temporaire proposant des soins infirmiers à des personnes sans résidence stable et quelle que soit leur situation administrative dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation, mais justifie un suivi médical, des soins et/ou un temps de repos.

Pièces à joindre aux données :

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours et soins en cours
- Résultat d'examens médicaux
- Attestation ou document justifiant des droits sociaux de la personne orientée

Demande d'admission orientée par :

Etablissement :

Médecin : Dr

Tél. :

Service :

Référent sanitaire :

Référent social :

Tél. :

Tél. :

Fax. :

Fax :

Mail :

Mail :

Identification du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Langue parlée :

Domiciliation :

Informations administratives :

N°S.S :

Couverture sociale actuelle :

Base ☐

ALD ☐

C2S ☐

AME ☐

Mutuelle ☐

Aucune ☐ Démarche en cours ☐ si oui quand

Documents d'identité en possession de la personne :

Titre de séjour éventuel :

Ressources actuelles :

Merci de nous fournir une attestation ou document justifiant des droits de la personne concernée

Informations médicales

Données médicales à compléter par le médecin :

Motif(s) médicaux d'admission :

Antécédents :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

Pathologie(s) associées :

Autonomie de la personne :

- ☐ Autonome
- ☐ Cannes
- ☐ Déambulateur
- ☐ Fauteuil
- ☐ Alité

Allergies : Non ☐ Oui ☐

Addiction(s) :

Traitement(s) en cours : Joindre les ordonnances

Commentaires : (observance du traitement, état général, etc.)

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

Date et nom du Médecin