

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Identification du demandeur

NOM Prénom :

PRESENTATION DU DISPOSITIF :

Caractéristiques du public accueilli

Toute personne de sexe masculin ou féminin, sans abri, de plus de 18 ans, sans autre limite d'âge, dont la pathologie ou l'état général nécessite des soins infirmiers, mais non une prise en charge hospitalière. L'accès est ouvert quelle que soit la situation administrative.

Soins exclus des LHSS

- Perfusions
- Seringue électrique
- Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable intermittente
- Dialyse péritonéale
- Tout geste invasif : Prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du malade, ponction...
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale
- Personne grabataire
- Personne nécessitant des soins de nursing complets (toilette au lit, toilette complète)
- Personne sous alimentation entérale continue
- Personne présentant une démence de type Alzheimer ou apparentée nécessitant une surveillance permanente.

Durée du séjour

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

Procédure d'admission

L'entrée aux LHSS est conditionnée à la bonne concordance entre la problématique du patient et l'offre de soins de l'unité, évaluée et approuvée par une commission composée du médecin, du directeur ou par délégation du chef de service et de l'équipe médico-sociale.

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Après étude du dossier de demande d'admission, l'équipe médico sociale des LHSS vient rencontrer l'utilisateur dans la structure où il se trouve avant de décider de son admission définitive.

Pièces à joindre :

- Compte rendu, rapport médical ou lettre du médecin
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultats d'examens médicaux

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

Transmission du dossier :

Le dossier est à transmettre systématiquement aux deux structures

LHSS Rhéso : contact-lhss@rheso.fr **LHSS l'Ancre :** lhss@ch-montfavet.fr

Particularités des structures d'accueil :

- A Rhéso Carpentras : possibilité d'accueil des chiens (2 chenils)
- A l'Ancre Montfavet : les LHSS sont situés dans l'enceinte de l'hôpital de Montfavet

IMPORTANT : L'Etablissement de santé ou le médecin prescripteur s'engagent à transmettre des informations médicales et sociales complètes et authentiques, et tenant compte notamment des soins que les LHSS n'ont ni missions ni moyens d'assurer, compte tenu de leurs objectifs et du projet d'Etablissement.

**Veillez noter qu'aucun accueil en urgence
n'est possible sur les LHSS.**

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

Rhéso
259 bis avenue Pierre Sémard
84200 CARPENTRAS
Tél : 04 90 60 36 84
email : contact-lhss@rheso.fr

L'Ancre
avenue de la Pinède CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
Tél : 04.90.03.87.56 - Fax : 04.90.03.94.64
email : lhss@ch-montfavet.fr

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Les renseignements ci-dessous feront l'objet d'un traitement par fichier informatique. La loi N°78.17 du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » vous garantit un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Toute demande devra être formulée par écrit au directeur de la structure.

ORIENTATION EFFECTUEE PAR :

Etablissement :
Service : Médecin : Dr.....
Réfèrent social : Tel. :
Tel. : Mail :
Mail :

VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL

NOM : Lieu de naissance :
Prénom : Date de naissance :
 Homme Femme Nationalité :
Domiciliation/ Adresse : Langue parlée :
..... Situation de famille :
Code postal : Nombre d'enfants :
Ville : Dont à charge :
Téléphone : Présence d'animaux
de compagnie :

PIECES D'IDENTITE

Carte d'identité Date de validité :
 Passeport
 Récépissé
 Carte de séjour
 Autres :

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

TYPE D'HERBERGEMENT/ LOGEMENT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Hébergement |
| <input type="checkbox"/> SDF | <input type="checkbox"/> Amical |
| <input type="checkbox"/> Autres : | <input type="checkbox"/> Familial |
| | <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement |

SITUATION SOCIALE

- Couverture sociale : N° d'assuré social :
- Caisse de :
- Ouverture des droits Date de début :
- Date de fin :
- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S.S de base | <input type="checkbox"/> S.S + mutuelle | <input type="checkbox"/> C.M.U | <input type="checkbox"/> C.M.U.C |
| <input type="checkbox"/> A.L.D | <input type="checkbox"/> A.M.E | <input type="checkbox"/> A.C.S | <input type="checkbox"/> A.M.U. |
| <input type="checkbox"/> Aucun droit | <input type="checkbox"/> En cours | | |

RESSOURCES

Types de ressources	Montant	Informations
<input type="checkbox"/> RSA		Numéro d'allocataire :
<input type="checkbox"/> Allocation Chômage		Numéro pôle emploi :
<input type="checkbox"/> AAH		Numéro dossier MDPH :
<input type="checkbox"/> Salaire		Type de contrat :
<input type="checkbox"/> Retraite		Caisses :
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité		
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières		Durée :
<input type="checkbox"/> Autres		

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

Rhéso
259 bis avenue Pierre Sémar
84200 CARPENTRAS
Tél : 04 90 60 36 84
email : contact-lhss@rheso.fr

L'Ancre
avenue de la Pinède CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
Tél : 04.90.03.87.56 - Fax : 04.90.03.94.64
email : lhss@ch-montfavet.fr

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

MESURE DE PROTECTION

Oui Non En cours (date dépôt) :

Type de mesure :

Sauvegarde justice Curatelle Tutelle M.A.S.P.

Coordonnées organisme de protection :

Nom Organisme : Référent :

Téléphone : Adresse :

PERSONNES RESSOURCES

	Nom	Service/ Lien	Téléphone
Famille proche
Travailleur social
Médecin Traitant
Médecin Spécialiste
Autres :

PRESENTATION DE LA SITUATION

Expliquer le parcours de vie de la personne, son projet de vie (problématiques, situation actuelle, parcours locatif, perspectives de sortie...)

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

Rhéso
259 bis avenue Pierre Sémard
84200 CARPENTRAS
Tél : 04 90 60 36 84
email : contact-lhss@rheso.fr

L'Ancre
avenue de la Pinède CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
Tél : 04.90.03.87.56 - Fax : 04.90.03.94.64
email : lhss@ch-montfavet.fr

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

DEMARCHES SOCIALES

Démarches effectuées :

Démarches en cours :

Démarches non abouties (préciser les raisons) :

Choix de la structure d'accueil (si préférence de l'utilisateur) :

RHESO Carpentras

L'ANCRE Montfavet

Fait à le/...../.....

Je soussigné(e) Mr /Mme
demande mon admission dans le dispositif « Lits Halte Soins Santé » de
l'association Rhésos ou de l'Ancre.

Signature du demandeur
Ou de son représentant légal

Signature du travailleur social
cachet du service

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

Rhésos
259 bis avenue Pierre Sémard
84200 CARPENTRAS
Tél : 04 90 60 36 84
email : contact-lhss@rheso.fr

L'Ancre
avenue de la Pinède CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
Tél : 04.90.03.87.56 - Fax : 04.90.03.94.64
email : lhss@ch-montfavet.fr

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

VOLET MEDICAL

Nom : Prénom : Age :

Poids du patient : Taille :

Médecin Prescripteur :

Service : Coordonnées de contact :

Pathologie motivant la demande :

Histoire de la maladie, autres antécédents et pathologies intercurrentes :

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

DONNES MEDICALES COMPLEMENTAIRES

Addictions :

Conduites addictives Oui Non

Lesquelles :

Alcool Tabac Toxiques (Cocaïne, Héroïne, Crack)

Préciser:

Benzodiazépines Cannabis Autres

Traitements de l'Addiction aux Opiacées (TAO) :

Oui Non Depuis quand :

Types de traitement :

Subutex Méthadone

Suivi en Centre Spécialisé ou ELSAV Oui Non

Si oui préciser la structure :

Troubles psychiques ou psychiatriques : Oui Non

Type de troubles :

Suivi thérapeutique :

Traitements :

Parasitose : Oui Non Si oui : Gale Autre

Etat cutané : Bon Moyen Mauvais

Présence d'escarres : Oui Non

Si oui stade :

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Allergies : Oui Non Si oui lesquelles :

BMR : Oui Non

Si oui préciser le type et le traitement :

Patient en isolement : Oui Non

BILANS OU EXAMENS COMPLEMENTAIRES (faits ou à venir) :

TRAITEMENTS EN COURS (Joindre ordonnances)

♦ Liste **exhaustive** des traitements (y compris « patchs », stupéfiants ou traitements de substitution) :

♦ Injections, pompe à insuline :

♦ Oxygène, aérosols :

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

♦Pansements (préciser fréquence et protocole):

♦Kinésithérapie et rééducation :

♦Soins infirmiers :

Evaluation de l'autonomie :

Etat général	Bon <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>
Relation	Facile <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Communication (difficultés / à la langue, trouble d'élocution, handicap)	Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/> Préciser le motif :	Difficile <input type="checkbox"/> Préciser le motif :
Comportement	Normal <input type="checkbox"/>	Dépressif <input type="checkbox"/> A stimuler <input type="checkbox"/>	Agitation psychomotrice <input type="checkbox"/> Désorientation spatiotemporelle <input type="checkbox"/>
Motricité	Autonome <input type="checkbox"/>	Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> Transferts : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec Aide

DOSSIER COMMUN LHSS RHESO-L'ANCRE

DEMANDE D'ADMISSION LHSS

Toilette	Seul(e) <input type="checkbox"/>	Avec aide partielle <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/>	Avec aide complète <input type="checkbox"/>
Alimentation	Seul(e) <input type="checkbox"/>	Avec aide partielle <input type="checkbox"/>	Avec aide complète <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/>
		Régime Alimentaire Spécial : Diabétique <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : Alimentation entérale <input type="checkbox"/>	
Elimination	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/>
Observance des traitements	Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Mauvaise <input type="checkbox"/>
Appareillage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Matelas anti escarre <input type="checkbox"/>

Fiche renseignée par : Le :

(Nom lisible et coordonnées téléphoniques)

Signature du médecin orienteur :