

Partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission pour une personne présentant une problématique médicale et une problématique sociale liée au logement.

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que dans sa partie médicale et complété par tous les documents médicaux à votre disposition concernant la situation médicale de la personne : toutes les ordonnances en cours ainsi que les bilans de sortie d'hospitalisation, les bilans de situation hospitalier...

**Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande, le dossier ne pourra être traité par l'équipe.**

Une fois le dossier complété, vous pouvez nous le faire parvenir soit par voie postale soit par fax sur les deux services LHSS :

ORLEANS  
LHSS Orléans  
19 rue Porte Saint Jean  
45000 ORLÉANS  
Fax : 02 38 69 75 83

MONTARGIS  
LHSS Montargis  
26 bis rue Émile Decourt  
45200 MONTARGIS  
Fax : 02 38 26 04 92

L'étude du dossier s'effectue en réunion d'équipe où les volets médicaux et sociaux sont abordés et validés par les médecins et par la direction.

L'équipe des LHSS se tient à votre entière disposition pour toutes vos questions et s'engage à répondre dans les plus brefs délais à vos sollicitations pour vos demandes d'admission.

Nous vous prions de croire, chers partenaires, en notre sincère dévouement.

L'équipe des Lits Halte Soins Santé  
Association IMANIS

# DOSSIER D'ADMISSION

## VOLET SOCIAL (1/2)

### ETAT CIVIL

NOM : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : ..... Lieu de naissance : .....  
Domiciliation : ..... Nationalité : .....  
Code postal : ..... Situation de famille : .....  
Ville : ..... Nombre d'enfants .....  
Téléphone : ..... Dont à charge : .....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ**

### SITUATION SOCIALE

Numéro de SS : ..... Centre de SS : .....  
Ouverture des droits      Date de début : .....      Date de fin : .....  
S. S. de base       S. S. + Mutuelle       C.M.U.       C.M.U.C.   
A.L.D.       A.M.E.       Aucun droit       En cours

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES DIFFÉRENTS JUSTIFICATIFS**

### MESURE DE PROTECTION EN COURS OU EFFECTIVE

Sans       Sauvegarde justice       Curatelle       Tutelle   
Nom : ..... Téléphone : .....  
Service : ..... Adresse : .....

### SITUATION SUR LE TERRITOIRE

.....

### PERSONNE RESSOURCE

Personne à joindre

Autre personne à joindre

Lien : .....      Lien : .....  
Nom : .....      Nom : .....  
Adresse : .....      Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....      Téléphone : .....

### TYPE D'HEBERGEMENT / LOGEMENT

Autonome       Amical       Familial   
Institutionnel/associatif       S.D.F.       Autre : .....

# DOSSIER D'ADMISSION

## RESSOURCES

Profession : ..... Salarié : OUI  NON

ASSEDIC  R.S.A.  A.A.H.

INVALIDITE  I.J.  Autre : .....

## RESSOURCES MEDICALES ET SOCIALES

	Nom	Service	Téléphone
T. Social orienteur	.....	.....	.....
T. Social référent (si différent)	.....	.....	.....
Médecin traitant	.....	.....	.....
Autre :	.....	.....	.....
Autre :	.....	.....	.....

## PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Démarches effectuées : .....

.....

.....

.....

Existe-t-il une solution d'hébergement / logement après les LHSS ? Si oui laquelle ?

.....

.....

.....

Exposé de la problématique : **Merci de fournir un rapport social détaillé en annexe.**

Structures fréquentés par la personne : .....

.....

.....

.....

Fait à .....	Le .....
<u>Signature et cachet du service prescripteur :</u>	

## LA PRISE EN CHARGE SUR LES LITS HALTE SOINS SANTÉ

### Document à lire AVEC le patient

Le dispositif des LHSS accueille toute personne majeure, homme, femme, sans logement fixe ou stable ou résidant dans un lieu non adapté et pris en charge pour une pathologie ou un suivi médical ponctuel.

Lors de votre arrivée au sein de la structure, différents documents administratifs vous seront remis et une visite explicative des locaux vous sera faite. Il vous sera demandé de prendre connaissance du règlement de fonctionnement. La durée de votre séjour est directement liée à la durée de vos soins dans un délai d'un mois, renouvelable une fois.

Toute personne accueillie au sein des LHSS bénéficie d'un hébergement, d'un suivi médical et d'un accompagnement social personnalisé obligatoire. Le type d'hébergement proposé permet aux personnes d'avoir accès aux chambres 24 heures sur 24. L'accueil en chambre individuelle sera privilégié en cas de nécessité médicale. Des espaces collectifs chaleureux sont organisés afin de permettre la prise de repas. Une cuisine équipée contribue à l'autonomie des personnes dans la préparation de leurs repas avec l'aide des personnels d'accueil. Les repas sont élaborés dans le cadre du respect de l'hygiène alimentaire des patients et des régimes spécifiques.

La vie en collectivité, même sur un temps court, ne peut se faire qu'avec un accompagnement éducatif au quotidien. Il va garantir la viabilité du groupe avec ses personnalités différentes et un climat permettant à chacun de pouvoir trouver sa place et se poser, de se soigner, de récupérer, dans un lieu sécurisant lui permettant de s'occuper de lui-même. Votre participation à la vie collective et quotidienne fait partie intégrante de votre prise en charge au sein des LHSS (entretien des locaux, repas, courses hebdomadaires, etc.).

#### LE SUIVI MÉDICAL

L'équipe médicale et paramédicale va établir un « état des lieux » de votre santé avec les résultats de vos derniers examens, de vos dernières analyses. Dès votre prise en charge, un dossier médical vous concernant est constitué. Celui-ci reste strictement confidentiel. Tous les documents originaux constituant votre dossier médical vous seront remis à votre départ des LHSS ou remis à votre médecin traitant. Les informations et déclarations recueillies au cours de votre prise en charge sont indispensables pour une évaluation globale et anonyme de l'activité de la structure.

#### L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF

Au cours de votre séjour, le travailleur social établira un bilan social reprenant votre parcours. Ceci permettra ainsi de définir une prise en charge individuelle et adaptée concernant l'accès aux droits communs, l'accès au logement ou à l'hébergement, l'accès aux ressources, le suivi de dossiers particuliers, etc.

#### VISITES

Les visites de personnes extérieures sont possibles **sur demande**, uniquement dans les parties communes, sauf en cas de rendez-vous médical et/ou social. Les sorties sont limitées et peuvent être autorisées qu'après une semaine de prise en charge au hauteur de 2 ½ journées/semaine.

**Je, soussigné, Madame, Mademoiselle, Monsieur ..... atteste avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des Lits Halte Soins Santé de l'association IMANIS et confirme mon souhait d'intégrer ce dispositif médico-social.**

Fait à : .....	Le : .....
Signature du référent social :	Signature obligatoire du patient orienté sur les LHSS:

## VOLET MEDICAL ET PARAMEDICAL (2/2)

### ETAT CIVIL

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance: ..... Téléphone : .....

### BILAN MEDICAL

Médecin orienteur: ..... Téléphone : .....

Diagnostic médical détaillé à ce jour :  
.....  
.....  
.....

Diagnostic psychiatrique à ce jour :  
.....  
.....  
.....

### Addictions:

Alcool  NON  OUI, structure de suivi : .....  
Tabac :  NON  OUI, structure de suivi : .....  
Stupéfiants :  NON  OUI, structure de suivi : .....  
Autre : .....

### Antécédents personnels :

Médicaux : .....  
Psychiatriques : .....  
Chirurgicaux : .....  
Allergie :  NON  Oui, à détailler : .....

Traitement actuel : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PRESCRIPTIONS MEDICALES EN COURS**

### Evaluation des soins techniques infirmiers en cours:

Pansements (préciser leur nombre, leur localisation et leur protocole) :  
Soins d'ulcère  .....  
Soins d'escarres  .....  
Pansements divers  .....

Autre(s) soin(s) technique(s)  .....

# DOSSIER D'ADMISSION

Rééducation :

.....  
 .....

Rendez-vous programmés ou à prévoir pour le patient :

.....  
 .....

## **EVALUATION DU PATIENT**

<i>État Psychologique</i>	OUI	NON	<i>Cohérence</i>	OUI	NON
Sommeil de qualité			Normale		
Anxiété			Partiellement perturbée		
Tristesse, apathie			Totalement perturbée		
Agressivité, agitation			Démence diagnostiquée		
<i>Activités élémentaires</i>	OUI	NON	<i>Locomotion</i>	OUI	NON
Aide à la toilette			Aide à la marche		
Aide à l'habillage			Fauteuil roulant		
Aide aux repas			Déambulateur		
Incontinence urinaire			Cannes (1 ou 2 cannes)		
Incontinence anale			Aucune aide		

Autres renseignements utiles, sans rapport avec la demande d'admission (déficit auditif, déficit visuel, etc...) :

.....  
 .....

Fait à : .....	Le : .....
<b><u>Signature obligatoire du médecin prescripteur :</u></b>	<b><u>Cachet obligatoire du médecin prescripteur :</u></b>
<b><u>Avis du Médecin de structure LHSS :</u></b>	<b><u>Décision du Directeur ou de son représentant :</u></b>

# DOSSIER D'ADMISSION

A .....

Le .....

Je soussigné, Docteur ....., atteste que

Monsieur, Madame, Mademoiselle .....

N'a pas fait preuve d'agressivité durant son hospitalisation en service spécialisé ou par le passé (profil de violence) et qu'il est apte à la vie en communauté dans une structure non surveillée la nuit avec une présence médicale non constante la journée.

Pour faire valoir ce que de droit.

Signature et cachet **obligatoire** du médecin prescripteur