

Dossier d'admission
Lits Halte Soins Santé
LHSS

Chers partenaires,

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

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la partie sociale que médicale et complété par tous les documents sociaux et médicaux à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d'hospitalisations et de consultations sont indispensables.

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

Vous pouvez nous faire parvenir la demande d'admission de préférence par mail ou par courrier :

ORLEANS
LHSS IMANIS Orléans
975 rue de Bourges
45160 OLIVET

Mail
Lhss.orleans@imanis.fr

MONTARGIS
LHSS IMANIS Montargis
30-32 rue Émile Decourt
45200 MONTARGIS

Mail
Lhss.montargis@imanis.fr

L'étude du dossier s'effectue en commission d'admission 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 répondre à vos interrogations et s'engage à répondre dans les plus brefs délais.

Cordialement

L'équipe des LHSS

Dossier d'admission LHSS Volet social

Partenaire instruisant la demande

Établissement/structure	
Nom	
Fonction	
Mail	
Téléphone	

État civil

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Lieu de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nationalité :
Domiciliation : <input type="checkbox"/> Logement personnel, <input type="checkbox"/> Amicale, <input type="checkbox"/> Organisme	Langue : - Langue maternelle : - Niveau en Français :
Adresse :	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié, <input type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Séparé, <input type="checkbox"/> Divorcé, <input type="checkbox"/> Vie maritale, <input type="checkbox"/> PACS, <input type="checkbox"/> Autre
Code postal : Ville :	Nombre d'enfants :
Téléphone :	Dont à charge :
Lieu de vie actuel : <input type="checkbox"/> Rue/squat, <input type="checkbox"/> Accueil d'urgence, <input type="checkbox"/> Établissement de santé, <input type="checkbox"/> Établissement social, <input type="checkbox"/> Hébergement amical, <input type="checkbox"/> Hébergement familial, <input type="checkbox"/> logement autonome	

Couverture sociale :

N° de sécurité sociale	Organisme	Ouverture des droits	Fin des droits

Sécurité sociale	S.S. de base	S.S + mutuelle	ALD	CSS	PUMA	AME	Aucun droit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements administratifs

Carte nationale identité :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours (date de dépôt) :	Fin de validité :
Titre de séjour/visa :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours (date de dépôt) :	Fin de validité :
Précisez-lequel :				
Carte de résident :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours (date de dépôt) :	Fin de validité :

Si une procédure de demande d'asile est en cours, précisez le stade de la procédure :

Date d'entrée en France :

<input type="checkbox"/> Primo-arrivant	<input type="checkbox"/> Attente Rdv OFPRA	<input type="checkbox"/> Attente réponse	<input type="checkbox"/> Débouté	<input type="checkbox"/> Recours CNDA	<input type="checkbox"/> OQTF
---	--	--	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Revenus	Salaire	RSA	AAH	Invalidité	IJ	Pôle emploi	ADA	Retraite	Autre
Montant									

Mesure de protection

- Demande en cours d'instruction, date de dépôt de la demande :
 Demande effective, date de fin de validité :

Nature de la mesure :

- Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Organisme	
Nom du mandataire	
Adresse	
Mail	
Téléphone	

Dossier MDPH : Oui Non En cours (date de la demande) :

N ° dossier MDPH :

Dossier de surendettement Oui Non En cours (date de la demande) :

Informations complémentaires sur les démarches administratives en cours :

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

Y a-t-il eu des demandes d'accueil en structures ou des accompagnements en cours :

- FAM MAS EHPAD SSR SAMSAH ACT
 CHRS CADA HUDA LAM Autres :

Précisez le nom de l'organisme sollicité et le positionnement sur la liste d'attente si connu :

.....
.....

Faire mention des démarches inabouties et le motif de refus :

.....
.....

Travailleur social de référence :

Organisme	
Nom du travailleur social	
Adresse	
Mail	
Téléphone	

Entourage :

- Amical, Familial

Lien via des visites : quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles ou lien téléphonique

Personne à prévenir :

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Animal de compagnie :

La personne a-t-elle un animal de compagnie : non oui, combien :

Si oui quel type d'animal :

A-t-elle un moyen de garde oui non

Souhaite-t-elle envisager une admission sur les LHSS avec l'animal non oui

Autres renseignements : (vie sur le collectif, habitudes, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier d'admission LHSS Volet Médical

Médecin instruisant la demande

Service Orienteur	
Nom du médecin	
Mail	
Téléphone	

Médecin traitant :

La personne a -t-elle un médecin traitant déclaré : Oui Non

Nom du médecin	
Adresse du cabinet	
Mail	
Téléphone	

Pathologie qui motive la demande d'admission sur les LHSS :

Projet médical en cours :

Antécédents :

Pathologie psychiatrique : Oui Non

Pathologie stabilisée : Oui Non

Existe-t-il un suivi : Oui Non

Lieu de suivi :

Fréquence du suivi :

Nom et coordonnées du médecin référent :

Conduites addictives : Oui Non

Tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres à préciser

Existe-t-il un suivi : Oui Non

Traitement de substitution en place : Oui Non

Lieu de suivi :

Fréquence du suivi :

Nom et coordonnées du médecin référent :

Troubles du comportement (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)

Troubles cognitifs (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne)

Allergies :

Bactéries Multi-Résistantes : Oui, Non, Ne sait pas.

Si oui précisez

Autres :

Joindre impérativement les ordonnances en cours, les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation et les RDV à venir.

Prise de traitement

Patient autonome dans la préparation de son traitement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Patient autonome dans l'observance du traitement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Soins à réaliser

	Descriptif	Oui	Non	Nombre de fois / jour	Durée prévue/prévisible
Infirmier					
Kinésithérapie					
Orthophonie					
Autres <small>A préciser</small>					

Consultations et examens à venir

Lieu <small>(Adresse ou nom de l'établissement)</small>	Date du RDV	Heure	Nom du médecin ou type d'examen

Merci de fournir les convocations pour les examens et consultations programmés.

Informations complémentaires

Alimentation	Toilette/Habillage	Contenance
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Sonde alimentaire <input type="checkbox"/> Gastrostomie Régime particulier : <input type="checkbox"/> Sans sel, <input type="checkbox"/> diabétique, <input type="checkbox"/> Dialysé, <input type="checkbox"/> hypocalorique, <input type="checkbox"/> autre à préciser Texture : <input type="checkbox"/> Normale, <input type="checkbox"/> hachée, <input type="checkbox"/> mixée Risque de fausse route : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Haut du corps <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale Bas du corps <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale Habillage <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/> Auto-sondage <input type="checkbox"/> Colostomie <input type="checkbox"/> Urétérostomie <input type="checkbox"/> Étui pénien Utilisation des toilettes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Besoin d'aide
Protections	Déplacement	Transferts
<input type="checkbox"/> Changes complets De jour <input type="checkbox"/> De nuit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pull ups De jour <input type="checkbox"/> De nuit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> En capacité de monter les escaliers <input type="checkbox"/> Droit à l'appui	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Besoin lève malade <input type="checkbox"/> Autres aides techniques : Préciser :
Communication	Appareillage/déplacement	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance en Français à l'oral <input type="checkbox"/> Aisance en Français à l'écrit <input type="checkbox"/> Illettrisme <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Communication non verbale <input type="checkbox"/> Être capable d'alerter	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Attèles <input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Appareil auditif Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> sans <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
Orientation dans le temps	Orientation dans l'espace	Risque de fugue
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

La personne dispose-t-elle de :

- Un pacemaker : Oui Non
- Une pompe à insuline : Oui Non
- Une pompe à morphine : Oui Non
- Une chambre implantable/ PICC Line : Oui Non
- Un appareillage de ventilation non invasive : Oui Non
- Oxygénothérapie : Oui Non, Continue, non continue
- Trachéotomie : Oui Non
- Besoin en aspiration : Oui Non
- Alimentation artificielle : Oui Non, Entérale, Parentérale
- Autres : à préciser