

DOSSIER D'ADMISSION

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 dématérialisée soit par fax sur les deux services LHSS :

ORLEANS
LHSS Orléans
19 rue Porte Saint Jean
45000 ORLÉANS
Fax : 02 38 69 75 83
lhss.orleans@imanis.fr

MONTARGIS
LHSS Montargis
26 bis rue Émile Decourt
45200 MONTARGIS
Fax : 02 38 26 04 92
lhss.montargis@imanis.fr

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

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 :

SITUATION SOCIALE

Numéro de SS : Centre de SS :
 Ouverture des droits : Date de début : Date de fin :
 S. S. de base S.S. + mutuelle CMU CSS
 A.L.D. AME Aucun droit En cours

MESURE DE PROTECTION EN COURS OU EFFECTIVE

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

SITUATION SUR LE TERRITOIRE

PERSONNE RESSOURCE

Personne à joindre	Autre personne à joindre
Lien :	Lien :
Nom:	Nom:
Adresse:	Adresse:
.....
Téléphone :	Téléphone :

TYPE D'HÉBERGEMENT / LOGEMENT

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

RESSOURCES

Profession : Salarié : OUI NON
 ASSEDIC R.S.A. A.A.H.
 INVALIDITÉ I.J. Autre :

DOSSIER D'ADMISSION

RESSOURCES MEDICALES ET SOCIALES

	Nom	Service	Téléphone
Travailleur social ressource
Médecin traitant
Psychologue
Autre :

PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Démarches en cours :

.....

.....

.....

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

.....

.....

Exposé de la problématique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lieux fréquentés par la personne :

Nom du travailleur social orienteur :

Coordonnées du service orienteur :

Nom du travailleur social référent UTS :

Coordonnées téléphoniques :

Fait à....., Le

Signature et cachet du service prescripteur :

DOSSIER D'ADMISSION

LA PRISE EN CHARGE SUR LES LITS HALTE SOIN 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 du séjour est directement liée à la durée de vos soins dans un délais 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 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 des repas. Une cuisine équipée contribue à l'autonomie des personnes dans la préparation de leurs repas avec l'aide des personnes 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 cours, 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 (entretiens des locaux, repas, courses hebdomadaires ...).

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-ÉDUCATIF

A 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.

VISITE

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 à hauteur de 3 demi-journées par semaine.

Je soussigné, Madame, 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 :

DOSSIER D'ADMISSION

VOLET MEDICAL ET PARAMEDICAL (2/2)

ETAT CIVIL

NOM :

Adresse :

Prénom :

Code postal :

Téléphone :

Ville :

BILAN MEDICAL

Médecin orienteur :

Téléphone :

Diagnostic médical à ce jour :

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

Diagnostic psychiatrique à ce jour :

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

Addictions :

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

Antécédents médicaux et allergies :

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

Traitement actuel :

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

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PRESCRIPTIONS MEDICALES EN COURS OU DE SORTIE

Soins infirmiers ou surveillance :

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

Rééducation :

.....
.....

DOSSIER D'ADMISSION

Rendez-vous programmés pour le patient :

.....

EVALUATION DU PATIENT

Etat psychologique	OUI	NON	Activités élémentaires	OUI	NON
Sommeil de qualité			Aide à la toilette		
Anxiété			Aide à l'habillage		
Tristesse			Aide aux repas		
Agressivité			Continence urinaire		
Locomotion	OUI	NON	Continence anale		
Aide à la marche			Deux cannes		
Fauteuil roulant			Une canne		
Déambulateur			Aucune aide		

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

.....

Fait à :	Le :
<u>Signature et cachet du médecin prescripteur :</u>	
<u>Avis du médecin de la structure LHSS :</u>	<u>Décision du Directeur ou de son représentant :</u>

DOSSIER D'ADMISSION

A.....

Le.....

Je soussigné, Docteur,

atteste que

Monsieur, Madame,

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