

LITS HALTE SOINS SANTE

13 rue de la Marne

33 500 LIBOURNE

Médecin coordinateur : Tel : 06 15 04 97 67 / medecin.lhss@assolelien.fr

Infirmière Diplômée d'Etat : Tel : 06 15 04 14 52 / ide.lhss@assolelien.fr

Cheffe de service : Sandrine Pichet Tel 07.77.26.88.09 / s.pichet@assolelien.fr

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Dossier à envoyer par mail au médecin, à l'IDE et à la cheffe de service

Procédure d'admission :

1. Demande faite par un médecin et un travailleur social.
2. Pré étude de la candidature par le médecin coordinateur.
3. Entretien avec l'infirmière, un travailleur social et la personne concernée.
4. Etude de l'admission en équipe pluridisciplinaire.

Prestations :

Les Lits Halte Soins Santé accueillent temporairement (durée prévisionnelle de 2 mois renouvelable) des personnes en grande vulnérabilité sociale, ne disposant pas de domicile, aussi bien des hommes que des femmes adultes, quel que soit la situation administrative, dont la pathologie ou l'état de santé général, somatique et/ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes en situation de handicap, personnes âgées).

Les caractéristiques du public :

- ◆ Personnes dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Les LHSS ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.
- ◆ Les LHSS prennent plutôt en charge des pathologies aiguës. Ils peuvent également être un lieu pour réaliser un bilan de l'altération de l'état général de santé.
- ◆ Nécessiter des soins ambulatoires médicaux et paramédicaux (mise en place d'un traitement et observance de celui-ci, etc.) ;
- ◆ Sortir de l'hôpital à l'issue d'une pathologie aiguë ou souffrant d'une pathologie chronique nécessitant des soins ;
- ◆ Etre atteint d'une pathologie ne nécessitant pas une hospitalisation (grippe, bronchite, petite traumatologie) ;
- ◆ Manifester une fatigue générale nécessitant un moment d'observation.

Pour rappel, les personnes nécessitant des soins suivants ne relèvent pas des LHSS :

- ◆ Dialyse péritonéale
- ◆ Oxygénothérapie
- ◆ Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale
- ◆ Perfusions en continu
- ◆ Personne grabataire
- ◆ Personne sous-alimentation entérale continue
- ◆ Seringue électrique
- ◆ Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du malade, ponction...
- ◆ Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable intermittente

Le dossier comporte une partie sociale et une partie médicale et doit être accompagné des documents suivants :

- ◆ Rapport social
- ◆ Rapport médical ou lettre du médecin (sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur)
- ◆ Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- ◆ Ordonnances des traitements en cours
- ◆ Résultat d'examens médicaux

Procédure d'admission :

L'équipe pluridisciplinaire étudie les demandes d'admission en LHSS chaque semaine et recontacte le service orienteur par rapport à la prise de décision.

PARTIE MEDICALE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(Éléments obligatoires pour l'étude du dossier)

NOM

PRENOM

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Actuellement la personne est :

Sans logement Logement insalubre Logement inadapté

Nom Médecin traitant :

Nom Médecins spécialistes :

Pathologie motivant la demande de LHSS :

Antécédents médicaux :

Traitement actuel :

Adhésion aux soins : Oui Non

Allergies :

Diabète : DID DNID stabilisé : Oui Non

Epilepsie :

Régime alimentaire particulier :

Soins infirmiers en cours :

- sur la prise quotidienne du traitement : Oui Non

- sur la gestion du semainier (pilulier mis à disposition) : Oui Non

Soins Kinésithérapeutes :

Rdv prévus ou à prévoir :

- Médecin :

-Spécialiste :

- Examens complémentaires :

Addiction : Tabac Alcool Autre :

Degrés d'autonomie

Toilette : Aide complète Aide partielle Seul

Habillage : Aide complète Aide partielle Seul

Repas : Aide complète Aide partielle Seul

Fausse route : Oui Non

Marche : Oui Non Béquilles Fauteuil roulant Alité

Risque de chute : Oui Non

Déambulation : Oui Non

Fugue : Oui Non

Incontinence : Non Urinaire Fécale Sonde

Troubles de la mémoire : Oui Non

Trouble du langage : Oui Non

Trouble de l'orientation : Oui Non

Troubles du sommeil : Oui Non

Je soussigné Docteur

Déclare avoir examiné Mr ou Mme.....

Le, à.....

Cachet et signature du médecin

PARTIE SOCIALE

ORIGINE DE LA DEMANDE

Date :
 Etablissement/ service :
 Nom et qualité de l'orienteur :
 Tél. :
 Mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA PERSONNE

NOM

PRENOM

Date de naissance

Téléphone

Sexe M F

Nationalité

Documents d'identité en possession de la personne :

Si étranger : Parle français

Situation régulière

Type de titre de séjour :

Situation irrégulière

Situation familiale actuelle

Isolé En couple

Enfants : Oui Non

Animaux : Oui Non

Situation au regard du logement

SANS INADAPTE INSALUBRE

Origine géographique :

Dernier domicile connu :

Situation au regard de la santé

N° S.S. : _ _ _ _ _

Organisme :

Couverture sociale actuelle :

Base ALD CSS AME Mutuelle

Situation au regard de l'emploi

En emploi

Si oui, profession :

.....

Inscription Pôle emploi

N° demandeur :

Situation budgétaire

N° CAF :

Ressources

Salaire Pôle Emploi RSA AAH I.J Sans

Montant :

Dettes : Oui Non

Montant :

SUIVI SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

Suivi social de secteur (MDS, CCAS, autre) : nom et coordonnées du référent :

.....

Mesure de protection judiciaire : Oui Non

Type de mesure :

.....

Coordonnée organisme de protection :

.....

Nom et coordonnées de la famille ou personne ressource (si pertinent dans la situation) :

.....

Dossier MDPH : Oui Non En cours

Suivi Justice : Oui Non

Prise en charge médicale spécialisée passée :

Psychiatrie Addictologie Autre

(Préciser la structure)

Prise en charge médicale actuelle : Psychiatrie Addictologie Autre

(Préciser la structure)

Problématique actuelle associée : Alcool Toxicomanie Psychiatrie

Troubles du comportement Autre

Motif de la demande : (joindre un rapport social)

Orientation à la sortie (projet en cours ou à venir...etc.) :

Signature du patient (lu et approuvé) :