

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION Lits Halte Soins Santé Hébergement

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

Médecin coordinateur	medecin.lhss@assolelien.fr	06.15.04.97.67
Infirmière Diplômée d'Etat	ide.lhss@assolelien.fr	06.15.04.14.52
Cheffe de service	s.pichet@assolelien.fr	07.77.26.88.09

Procédure d'admission

1. Demande faite par un médecin et un travailleur social (le dossier doit être complet pour être repris en compte)
2. Pré étude de la candidature par le médecin coordinateur
3. Entretien avec l'infirmière, un travailleur social et la personne concernée
4. L'équipe pluridisciplinaire étudie les demandes d'admission chaque vendredi et recontacte le service orienteur afin de l'informer de la décision qui a été prise

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 médicaux et d'hospitalisation
- ◆ Ordonnances de tous les traitements en cours y compris des pathologies chroniques et des traitements à la demande (anxiolytiques, somnifère, insuline, HTA, etc...)
- ◆ Résultat d'examens médicaux
- ◆ Attestation de droits CPAM /MSA + complémentaire santé (si existante)

Tout dossier incomplet ne pourra pas être étudié en commission

Rappel du fonctionnement des LHSS Le Lien :

Les LHSS Hébergement de Libourne est une structure médico-sociale, dont l'équipe (composée de travailleurs sociaux + infirmières) est présente du lundi au vendredi. Il est important que les personnes aient une autonomie compatible avec un lieu de vie classique. Chaque patient dispose d'un studio comprenant une kitchenette et une salle de bain, toutes deux privatives. Il/elle devra être en mesure d'être autonome dans la confection des repas, la gestion des courses etc. S'il/elle rencontre des difficultés, une réflexion est à anticiper s'il y a besoin d'aides à domicile, auxiliaire de vie, d'aide alimentaire via une association caritative etc... Les LHSS de l'association Le Lien ne disposent pas de restauration sur place.

Il est demandé d'envoyer par mail toutes les ordonnances 48h avant l'entrée sur les LHSS (traitement, matériel, IDEL, Kinésithérapeute...) ainsi que la couverture sociale du patient.

Présentation du dispositif LHSS Hébergement

Prestations

Les Lits Halte Soins Santé accueillent temporairement (durée prévisionnelle de 2 mois renouvelables) 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.), compatible avec un retour à domicile s'ils en avaient eu un ;
- ◆ Sortir de l'hôpital à l'issue d'une pathologie aiguë ou souffrant d'un épisode aiguë dans une pathologie chronique nécessitant des soins temporaires ;
- ◆ 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

Ce que les LHSS ne sont pas :

- ◆ Un centre d'accueil d'urgence
- ◆ Une maison de retraite
- ◆ Un service de convalescence
- ◆ Un centre de cure

PARTIE MEDICALE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (éléments obligatoires pour l'étude du dossier)

NOM :

PRENOM :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Nom du Médecin traitant :

Nom des Médecins spécialistes :

Concernant la demande d'admission aux LHSS

→ Pathologie motivant la demande de LHSS :

→ Pathologies associées :

→ Projet de soin aux LHSS :

→ Durée envisagée :

Antécédents médicaux/ chirurgicaux :

Traitement actuel :

Pathologie infectieuse en cours : Oui Non

Type et localisation (ex : covid, BK, BMR...) :

Isolement : Oui Non Type d'isolement :

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
- Pansements : Oui Non
- Injection : Oui Non
- Education thérapeutique : Oui Non Nature :

Risque de décompensation brutale grave : Oui Non Nature :

Soins Kinésithérapeutes :

Rdv prévus ou à prévoir :

- Médecin :

- Spécialiste :

- Paramédical (Kinésithérapeutes, orthophoniste, podologue...) :

- Examens complémentaires :

Consommation

Tabac Alcool Autre :

Traitement substitutif : suivi par :

Degrés d'autonomie

- Toilette : Aide complète Aide partielle Seul
- Habillage : Aide complète Aide partielle Seul
- Incontinence : Non Urinaire Fécale Sonde

Repas

- Capacité à faire les courses : Aide complète Aide partielle Seul
- Capacité à préparer les repas : Aide complète Aide partielle Seul
- Capacité à prendre les repas : Aide complète Aide partielle Seul
- Fausse route : Oui Non

Mobilité

- Marche : Oui Non Béquilles Fauteuil roulant Alité
- Distance de marche seul mètres
- Transfert : Aide complète Aide partielle Seul
- Risque de chute : Oui Non
- Déambulation : Oui Non
- Fugue : Oui Non

Apprentissages de base

- Lecture : Oui Non
- Ecriture : Oui Non

Troubles

- Troubles de la mémoire : Oui Non
- Trouble du langage : Oui Non
- Trouble de l'orientation : Oui Non
- Troubles du sommeil : Oui Non
- Déficit de la fonction supérieure : Non Modéré Important Type :
- Troubles psychiatriques : Oui Non Type :
- Suivi/prise en charge psychiatrique :

Besoin d'accompagnement aux rendez-vous médicaux : Oui Non

Motifs :

Je soussigné(e) Docteur

Déclare avoir examiné(e) 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 si non quelle langue :

Situation régulière

Type de titre de séjour :

Situation irrégulière

Situation familiale actuelle

Célibataire En couple

Enfants : Oui Non

Animaux : Oui Non

→ Si oui, race et catégorie :

Situation actuelle au regard du logement

Logement : Oui Non

→ Si oui INADAPTE INSALUBRE AUTRES :

→ Si non RUE 115 SQUAT CHEZ UN TIERS BIDONVILLE CAMPEMENT AUTRES :

→ Durée de l'errance :

Capacité à vivre en logement : Oui Non

Origine géographique :

Dernier domicile connu :

Demande de logement social : Oui Non

→ Si oui, numéro unique :

→ Déposé le :

Capacité à vivre en logement : Oui Non

Capacité à entretenir un logement : Oui Non

Capacité à respecter le voisinage : Oui Non

Fiche SIAO constituée : Oui Non

→ Si oui quelle orientation :

Situation au regard de la santé

Droits ouverts : Oui Non

→ Si oui : Base ALD CSS AME Mutuelle

N° S.S. : _____ Organisme :

→ Si non, dossier en cours : Oui Non

Type de dossier :

Déposé le :

Situation au regard de l'emploi

En emploi : Oui Non

→ Si oui, précisez la profession :

Inscription Pôle emploi / CAP Emploi: Oui Non

→ Si oui, n° demandeur :

Situation budgétaire

N° CAF :

Ressources :

Salaire Pôle Emploi RSA AAH I.J Sans

Montant :

Dettes : Oui Non

→ Si oui, montant :

Dossier de surendettement : Oui Non

→ Si oui, décision banque de France :

→ Date de la décision :

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 :

.....

Coordonnées organisme de protection :

.....

Nom et coordonnées de la famille ou personne ressource :

.....

Dossier MDPH :

Oui Non

En cours

→ Dossier déposé le :

→ Quelle(s) prestation(s) demandée(s) :

Suivi Justice : Oui Non

Motif de la demande : (joindre un rapport social)

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

Le A.....

Signature du patient :

« Lu et approuvé »