UCRM
InclusionS sociales • Santé • Emploi

DEMANDE D'ADMISSION – LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

DEMANDE EFFECTUEE PAR (NOM-STRUCTURE) Tel : Fax : Mail : Autres demandes de LHSS :	Date de réception : Avis de l'équipe et date de la réponse :
Suivi de la demande :	

1. FICHE SOCIALE

Date :

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance :

Femme ☐ Homme ☐

Situation familiale :

La personne est-elle consentante à l'entrée en LHSS : Oui ☐ Non ☐

Nationalité : Française CEE Autre

Si autre préciser laquelle : Date d'entrée en France :

Coordonnées de l'interlocuteur/ référent social :

Nature du titre de séjour et durée de validité :

Nature et dates des démarches en cours :

Nature et dates des démarches à venir :

UCRM
InclusionS sociales • Santé • Emploi

DEMANDE D'ADMISSION – LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION :

Nature de la mesure : Date de validité :

Nom et adresse du mandataire :

HEBERGEMENT ACTUEL :

Type de structure :

Coordonnées :

RESSOURCES :

Salaire : RSA :

Retraite : AAH ou Pension d'invalidité :

Autres (préciser) :

DROITS :

N° SS : Organisme :

PUMA : OUI ☐ NON ☐ Mutuelle : OUI ☐ NON ☐ ALD : OUI ☐ NON ☐

CMUC : OUI ☐ NON ☐ Soins urgents et vitaux : OUI ☐ NON ☐ AME : OU I☐ NON ☐

Dossier MDPH : OUI ☐ NON ☐ En cours ☐ Acquis ☐

N° de dossier MDPH :

Autres :

Y a-t-il eu des demandes en structures (EPHAD, FAM, SSR, SAMSAH etc.) :

Faire mention des démarches inabouties :

Motifs de refus :

UCRM
InclusionS sociales • Santé • Emploi

DEMANDE D'ADMISSION – LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

2. FICHE MEDICALE date :

Motif ou pathologie principale d'admission en LHSS :

Stabilisé : OUI ☐ NON ☐

La personne est-elle informée sur le diagnostic : OUI ☐ NON ☐

Objectif attendu du séjour LHSS :

Pathologies associées et antécédents :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

Stabilisé : OUI ☐ NON ☐

Problèmes d'addictions : OUI ☐ NON ☐

Type de dépendance : Alcool ☐ Tabac ☐ TSO ☐ Drogues injectées ☐ Drogues sniffées ☐

Suivi en addictologie : OUI ☐ NON ☐ Lieu et fréquence du suivi :

Référent :

UCRM
InclusionS sociales • Santé • Emploi

DEMANDE D'ADMISSION – LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

AUTONOMIE :

Degré d'autonomie	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
Déplacements				
Transferts				
Faire sa toilette				
Habillage				
Aller aux toilettes				
Alimentation				
Présence d'appareillages				

TRAITEMENTS ACTUEL :

Nom du médicament	**Matin**	**Midi**	**Soir**	**Coucher**	**Durée du traitement**

DEMANDE D'ADMISSION – LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

Autonomie de la prise de traitements : Oui ☐ Non ☐

SOINS : Oui ☐ Non ☐

Si oui **précisez le type de soins** :

Médecin traitant:

Autres commentaires :

Date, signature et cachet du médecin :