

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Accompagnement médico-social avec hébergement : Lits Halte Soins Santé généralistes (31), Lits Halte Soins Santé périnatalité (31), Lits Halte Soins Santé femmes (31), Appartements de Coordination Thérapeutique (09, 34, 31, 81, 82), Lits d'Accueil Médicalisés (31).

Accompagnement médico-social sans hébergement : Appartements de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs (09, 34, 31, 81, 82), Lits Halte Soins Santé de jour (31), Equipe Mobile Santé Précarité (31), Programme de Convergence Médico-Sociale (31).

Guichet unique PCMS (149 ACT, 55 ACT HLM, 25 LHSS généralistes, 11 LHSS périnatalité, 20 LAM, EMSP, PCMS) :

candidature.pcms@ucrm.fr / numéro unique (n° gratuit) : **08 05 29 29 49**

Cités Caritas (4 LHSS Femmes) : lhssvelane.admission@citescaritas.fr

Halte Santé, CHU Toulouse (16 LHSS généralistes, LHSS de jour) : haltesante.admission@chu-toulouse.fr

Demande LHSS Périnatalité : établir deux dossiers médicaux distincts si nécessaire

PRESCRIPTEUR	PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE
<u>Médecin instruisant la demande :</u> NOM : Prénom : Etablissement : Téléphone : Mail : <u>Médecin traitant si différent :</u> NOM : Prénom : Téléphone : Mail :	NOM : Prénom : Date de naissance : Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Non binaire ☐ Transgenre : Grossesse : ☐ Oui ☐ Non Terme prévu le : MNA : ☐ Oui ☐ Non ☐ En recours Téléphone : Mail : Lieu de vie actuel : ☐ Rue ☐ Squat ☐ Hébergé(e) chez un tiers ☐ Hospitalisé(e) ☐ Autre (préciser) : Adresse : <i>* Si la personne concernée par la demande est mineure, indiquer les informations du représentant légal</i> <u>Si demande LHSS Périnatalité :</u> Lien du représentant légal avec enfant : Informations sur l'enfant NOM : Prénom : Sexe : Date naissance :

	Animal ☐ Oui ☐ Non Si oui précisez : Accompagnant : ☐ Oui ☐ Non. Si oui remplir annexe
--	--

IMPORTANT : Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents et les dernières ordonnances

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

☐ Stabilisé ☐ Evolutif Stade

Date du début de la maladie :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS : ☐ Non ☐ Oui : précisez :

Grossesse en cours : ☐ Non ☐ Oui : précisez la date prévue d'accouchement :

La personne a-t-elle connaissance de sa ☐ Oui ☐ Non
pathologie

OBJECTIFS DU SEJOUR SUR LE PLAN MEDICAL :

☐ Compréhension de la maladie	☐ Compréhension du traitement
☐ Observance	☐ Coordination des soins
☐ Autre, précisez	

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES :

Pathologies psychiatriques	☐ Non ☐ Oui : précisez :
Si oui, suivi	☐ Non ☐ Oui, Service ou médecin référent :
Traitement	☐ Non ☐ Oui , joindre ordonnance

TROUBLES COMPORTEMENTAUX :

☐ Description des troubles	☐ Gênent-ils la vie en collectivité : ☐ Non ☐ Oui précisez :
---	---

CONDUITES ADDICTIVES :

Conduite addictive	☐ Non ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autres addictions Précisez :
Type de substitution Depuis quand ?	☐ Non ☐ Oui précisez :
Suivi en centre spécialisé	☐ Non ☐ Oui précisez :
Suivi en médecine de ville	☐ Non ☐ Oui précisez :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

--	--

VENTILATION : (concerne demande LHSS, LAM)

Oxygénothérapie	☐ Non	☐ Oui précisez :
VNI	☐ Non	☐ Oui précisez débit O2 :
Kinésithérapie respiratoire	☐ Non	☐ Oui précisez :
Trachéotomie	☐ Non	☐ Oui

AUTONOMIE

Degré d'autonomie	Autonomie	Aide partielle	Aide complète	Autre
Déplacements				
Transferts				
Faire sa toilette				
Habillage				
Aller aux toilettes				
Alimentation				
Transports				

PRESENCE D'APPAREILLAGE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Merci de joindre tout document utile pour l'évaluation de la demande (compte-rendu d'hospitalisation, résultats d'examens...)

Date :

Signature :

En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.