

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

### LIT HALTE SOIN SANTÉ

#### Envoi par courrier

#### ❖ FICHE ADMINISTRATIVE

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Age :** .....

**Situation familiale :** .....

**Nationalité :** ..... **Situation sur le territoire :** .....

#### Couverture sociale : N° SS

SS de base       SS + mutuelle       ALD       CSS       AME       En cours

#### Ressources :

Salarié : Profession : .....       ARE       RSA  
 AAH       Invalidité       I.J.       Autre : .....

#### Type d'hébergement d'origine :

Autonome     SDF       Institutionnel/associatif     Amical  
 Familial       Autre :

#### Projection des majeurs : OUI    NON

Tutelle     Curatelle     Curatelle renforcée     Sauvegarde de justice

Service : .....

#### Animaux de compagnie : OUI      NON

Précisez nombre et race : .....

## ❖ SITUATION SOCIALE

**Demande effectuée par :** .....

**Téléphone :** .....

**Organisme :** .....

**Démarches sociales en cours** (logement, devenir social envisagé...) :

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

**Autres accompagnement en cours :**

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

**Merci de joindre :**

- Un courrier rédigé par le demandeur montrant les raisons de sa demande de L.H.S.S., ses motivations et ses projections futures.
- Un rapport social rédigé par le travailleur social à l'origine de la demande.

**❖ FICHE RENSEIGNEMENT MEDICALE**

**Médecin traitant :**  OUI  NON

Coordonnées ou tampon :

**Demande effectuée par :** Dr.  
IDE

Coordonnées ou tampon :

**Motifs de la demande :** .....

.....  
.....

**Histoire de la maladie :** .....

.....  
.....

**Antécédents médicaux et pathologies actuelles:**

.....  
.....

**Comorbidités Psychiatriques :**  OUI  NON

Précisez : .....

.....  
.....

**Problèmes d'addiction :**  OUI  NON

Précisez : .....

.....  
.....

**ALD :**  OUI  NON

Précisez : .....

.....  
.....

**Projet médical :**

.....  
.....

❖ **FICHE INFIRMIERE**

<b>RDV DE CONSULTATIONS</b>	<b>EXAMENS PREVUS</b>	<b>CONVALESCENCE</b>

**TRAITEMENT MEDICAL**

<b>NOM DU MEDICAMENT</b>	<b>MATIN</b>	<b>MIDI</b>	<b>SOIR</b>	<b>COUCHER</b>	<b>DUREE DU TTT (jour/sem/mois)</b>

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PRESCRIPTIONS (ORDONNANCES)  
DE SORTIE ET UNE AVANCE DE TRAITEMENT DE 48 HEURES.**

## ❖ FICHE AUTONOMIE

<b>1. COHERENCE</b> (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> Normale	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Partiellement perturbée	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Totalelement perturbée	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Démence diagnostiquée	
<b>2. ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Orienté avec aide	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Désorientation épisodique	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Désorientation totale	<b>C</b>
<b>3. HUMEUR, COMPORTEMENT</b>	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Apathie, dépression	
	<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité	
	<input type="checkbox"/> Cris	
	<input type="checkbox"/> Fugue	
	<input type="checkbox"/> Commentaires	
<b>4. TOILETTE, HYGIENE</b>	<input type="checkbox"/> Seul (haut et/ou bas)	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Aidé (haut et/ou bas)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
<b>5. HABILLAGE</b>	<input type="checkbox"/> Seul (haut, bas, ceintures...)	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Aidé (.....lacets, boutons)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
<b>6. ALIMENTATION, HYDRATATION</b>	<input type="checkbox"/> Seul	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Aidé	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition	
<b>7. ELIMINATION</b>	<input type="checkbox"/> Continence urinaire et fécale	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle (J/N)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Incontinence Totale	<b>C</b>
<b>8. LOCOMOTION</b>	<input type="checkbox"/> Adaptée	
	<input type="checkbox"/> Déambulation Inadaptée	
	<input type="checkbox"/> Chutes Fréquentes	
<b>9. TRANSFERT (lits/fauteuil)</b>	<input type="checkbox"/> Fait seul	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
<b>10. DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b>	<input type="checkbox"/> Fait seul	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Avec aide d'une personne	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Avec canne ou déambulateur	
	<input type="checkbox"/> En fauteuil roulant	
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas ou grabataire	<b>C</b>
<b>11. DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR (de la porte d'entrée sans moyen de transport, à pieds)</b>	<input type="checkbox"/> Fait seul	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
<b>12. COMMUNICATION A DISTANCE (téléphone, sonnette, alarme)</b>	<input type="checkbox"/> Fait seul	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> Avec Aide	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	<b>C</b>
<b>13. DOULEUR</b>	<b>Physique</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	(localisation)	-
	(anxiété, pleurs, dépression)	<b>Morale</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### SOINS EXTERIEURS EN COURS (kiné,...)

Soins (type, localisation...)	Nb de fois par jour	Durée du TTT (jour/sem/mois)