

LHSS ESPERER 95

Dossier d'admission

1. Missions et Public accueilli au LHSS

Art. D. 312-176-1.-I.-Les structures dénommées “ lits halte soins santé ” mentionnées au 9° de l'article L. 312-1 accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, 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. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

L'accueil est ouvert quelle que soit la situation administrative dont inconditionnel.

2. Décisions d'admission

L'admission est placée sous condition d'avis favorable de la commission d'admission, présidée par le médecin du LHSS, la directrice adjointe prononce la décision d'admission après examen de la situation du demandeur, au regard de l'adéquation entre les besoins et attentes des personnes et les missions du LHSS.

3. Durée du séjour

Selon la réglementation en vigueur, la durée de prise en charge à l'admission est de deux mois maximum. Cette durée peut être reconduite dans la mesure où la situation sanitaire de la personne accueillie le nécessite. A l'issue de cette période un avenant au contrat de séjour pourrait être envisagé si la situation sanitaire l'exige.

Pièces à joindre impérativement au dossier

- Compte rendu, rapport médical ou lettre du médecin
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultat d'examens médicaux

LHSS ESPERER-95 – 19 blvd Charles Bouticourt - 95300 PONTOISE

Téléphone : 01 30 38 00 05

@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

- Rapport social

Ouverte 24H/7 et 365 jours par an, la structure LHSS propose un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social et des prestations d'éducation sanitaire. Certaines chambres sont prévues pour un accès aux Personnes à Mobilité Réduite.

Cette fiche d'admission est constituée de **deux volets** :

- **Un volet social** – à renseigner avec le candidat par un référent social
- **Un volet médical** – à renseigner par un médecin du service orienteur,

Le dossier doit être adressé complet à secretariat.lhss@esperer-95.org et sera étudié en commission d'admission.

Sur la base de l'étude de la candidature (volet social et volet médical), la cadre de santé de la structure LHSS prendra contact avec le service orienteur afin proposer un entretien de préadmission en présence du Médecin responsable et/ou de l'équipe soignante de la structure LHSS.

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION DU DISPOSITIF LITS HALTE
SOINS SANTE FEUILLET SOCIAL**

Date de la demande :

COORDONNEES DU REFERENT SOCIAL DU DEMANDEUR :

Nom : Prénom :

Structure / Service :

Adresse :

Téléphone : Mail :

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR :

État civil

Nom : Prénom :

Domiciliation :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Situation familiale :

Téléphone :

Document d'identité :

Carte d'identité

Passeport

Carte de séjour, valable jusqu'au : Carte d'étranger malade, valable jusqu'au :

Autre

LHSS ESPERER-95 – 19 blvd Charles Bouticourt - 95300 PONTOISE

Téléphone : 01 30 38 00 05

@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

Sans titre de séjour

Situation administrative des personnes étrangères :

Date d'entrée en France :

Langue parlée et/ou comprise :

Protection sociale :

N° de sécurité sociale :

Organisme de rattachement :

Sécurité sociale

AME

CMU de base

ALD

CMU-C

Sans couverture sociale

Mutuelle

En cours

Hébergement :

Situation de rue

Habitat précaire

Hébergement d'urgence

Famille ou ami

Hôpital / structure médicale

Une demande d'hébergement est-elle en cours ?

Oui

Non

Si oui, préciser la date de dépôt de la demande et le nom de(s) l'organisme(s) :

Ressources

Oui

Non

Si oui, préciser la nature :

N° Allocataire CAF :

Accompagnement social :

Référent social :

Organisme :

Tel :

Si mesure de protection :

Curatelle

Tutelle

Nom du curateur/ tuteur :

Coordonnées :

Motivation de la demande par le demandeur :

À écrire par le demandeur ou par son référent social (si celui-ci n'est pas en mesure d'écrire).

Autres précisions sur la situation sociale du demandeur par le référent social :

Nom, signature et cachet du référent social

LHSS ESPERER-95 – 19 blvd Charles Bouticourt - 95300 PONTOISE

Téléphone : 01 30 38 00 05

@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION DU DISPOSITIF LITS HALTE
SOINS SANTE FEUILLET MEDICAL (1/2)**

FICHE MEDICALE (CONFIDENTIEL)

Demande effectuée par (nom du Médecin & Structure) :

Identité du candidat aux LHSS :

NOM :

Prénom :

Sexe : Masculin

Féminin

Date de naissance :

Renseignements médicaux :

Motif(s) médicaux d'admission :

Pathologie(s) associées :

Antécédents :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

| | | |
|--|--|---|
| <p>Allergies : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez :</p> <p>Addiction(s) :</p> | <p>Handicap(s) :</p> <p>Bactéries Multi Résistantes :</p> | |
| <p>Trouble(s) ou pathologie(s) psychiatrique/psychologique :</p> <p>Suivi psychologique/ psychiatrique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, où :</p> | | |
| <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser (si indispensable au quotidien) :</p> | <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui précisez</p> | |
| <p>Motricité</p> <p><input type="checkbox"/> Autonome</p> <p><input type="checkbox"/> Canes</p> <p><input type="checkbox"/> Déambulateur</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil</p> <p><input type="checkbox"/> Alité</p> | <p>Sphincters</p> <p><input type="checkbox"/> Normaux</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence fécale</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde à demeure</p> | <p>Comportement</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Dépressif</p> <p><input type="checkbox"/> À stimuler</p> <p><input type="checkbox"/> Agité</p> <p><input type="checkbox"/> Désorienté</p> |
| <p>Commentaires</p> | | |

Vie quotidienne

Repas

- Autonome
- Aide partielle
- Aide complète

Toilette

- Autonome
- Aide partielle
- Aide complète

Traitement

- Autonome
- Aide partielle
- Aide complète

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION DU DISPOSITIF LITS HALTE
SOINS SANTE FEUILLET MEDICAL (2/2)**

TRAITEMENT (CONFIDENTIEL)

**TRAITEMENT MEDICAL A COMPLETER OU JOINDRE LA COPIE DE LA DERNIERE
ORDONNANCE**

| Nom du médicament (en lettres majuscules) | Matin | Midi | Soir | Coucher | Durée du traitement |
|--|-------|------|------|---------|------------------------|
| | | | | | |

SOINS INFIRMIERS

| Soins | Fréquence (ex : 1 séance quotidienne / hebdomadaire) | Durée |
|-------|--|-------|
| | | |

SOINS KINESITHERAPEUTE / AUTRES (ORTHOPHONISTE, ETC...)

| Soins | Fréquence (ex : 1 séance quotidienne / hebdomadaire) | Durée |
|--------------|---|--------------|
| | | |

Date, signature et cachet du Médecin :

Demande d'admission aux LHSS – ESPERER-95

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des LHSS.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Fait à :

Le :

Signature