

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
- Rapport social

LHSS ESPERER-95 – 19 rue Charles Bouticourt 95300 PONTOISE

Téléphones : 01 30 38 00 05

@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

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

Sans titre de séjour

LHSS ESPERER-95 – 19 rue Charles Bouticourt 95300 PONTOISE

Téléphones : 01 30 38 00 05

@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

Situation administrative des personnes étrangères :

Date d'entrée en France :

Langue parlée et/ou comprise :

Protection sociale :

N° de sécurité sociale :

Organisme de rattachement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale | <input type="checkbox"/> AME |
| <input type="checkbox"/> CMU de base | <input type="checkbox"/> ALD |
| <input type="checkbox"/> CMU-C | <input type="checkbox"/> Sans couverture sociale |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle | <input type="checkbox"/> En cours |

Hébergement :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Situation de rue | <input type="checkbox"/> Habitat précaire |
| <input type="checkbox"/> Hébergement d'urgence | <input type="checkbox"/> Famille ou ami |
| <input type="checkbox"/> 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

**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 :

Allergies : Non Oui

Si oui, précisez :

Addiction(s) :

Handicap(s) :

Bactéries Multi Résistantes :

<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>Régime : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser (si indispensable au quotidien) :</p>	<p>Autre : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui précisez</p>	
<p>Motricité</p> <p><input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Canes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité</p>	<p>Sphincters</p> <p><input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure</p>	<p>Comportement</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dépressif <input type="checkbox"/> À stimuler <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté</p>
<p>Commentaires</p>		
<p>Vie quotidienne</p>		<p>Traitement</p>

Repas

- Autonome
- Aide partielle
- Aide complète

Toilette

- Autonome
- Aide partielle
- Aide complète

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 KINESITHEAPEUTE / AUTRES (ORTHOPHONISTE, ETC...)

LHSS ESPERER-95 – 19 rue Charles Bouticourt 95300 PONTOISE
Téléphones : 01 30 38 00 05
@ : secretariat.lhss@esperer-95.org

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