

LITS HALTE SOINS SANTE

Espace Santé Précarité de REGAIN

421, rue de l'agathois

34080 MONTPELLIER

☎ 04 67 10 42 75 - ✉ lhss-regain@adages.net

VOLET MEDICAL

(Circulaire 2006-556 du 17/05/2006) sont destinés à prendre en charge des personnes en situation de précarité sociale, sans résidence stable présentant une pathologie aigue ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière. La durée du Séjour est temporaire, et, est fixée après évaluation médicale.

<p>Etablissement instruisant la demande : Adresse : Tél/Fax/Mail : Nom du médecin :</p>	<p>Cadre réserve au LHSS</p> <p>Reçu le : ... / ... / ...</p> <hr/> <p>Avis :</p>
---	---

IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom - Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ... Sexe : H F

N° de téléphone :

Langues parlées :

MOTIF (S) MEDICAUX D'ADMISSION LHSS

Pathologie aigue motivant la demande :

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

• **Pathologies associées :**

Somatiques :

Existe-t-il un suivi ? non oui, nom et coordonnées du médecin référent :

Psychiatriques :

Existe-t-il un suivi ? non oui, nom et coordonnées du médecin référent :

Troubles cognitifs (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne) :

Addictologiques :

Existe-t-il un suivi ? non oui, nom et coordonnées du médecin référent :

- **Antécédents** :

- Médicaux :

- Chirurgicaux

- **Allergies** :

- **Autres** :

TRAITEMENT EN COURS

Nom du médicament (en majuscules)	Nombre de prises/Jour	Durée prévue/prévisible du traitement

Merci de joindre les prescriptions

Patient autonome dans la prise du traitement ? oui non

Observance au traitement ? oui non

SOINS NECESSAIRES

Quels soins ? Infirmiers, kiné... ?	Nombre de fois/jour	Durée prévue

AUTRES INFORMATIONS

Alimentation	Hygiène / Toilette	Continence
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Régime particulier ○ Normal ○ Sans sel ○ Diabétique ○ Mixé ○ Sans porc ○ Sans viande ○ Autres :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale
Communication	Mobilité	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Non verbale	<p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marche <ul style="list-style-type: none"> ○ Seul ○ Aide partielle ○ Aide totale • Transferts <ul style="list-style-type: none"> ○ Seul ○ Aide partielle • Monte des escaliers <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{er} étage ○ 2^{ème} étage <p>Mobilisation :</p> <p>○ Appui ○ Port de plâtres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ○ Port d'attelle</p> <p>Localisation :</p>	<input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit strict Durée estimée :

- Autres demandes réalisées :

Autres L.H.S.S :

SSR :

Autres :

- Date d'admission souhaitée : .../.../...

- La personne est-elle informée et accepte -t-elle son admission sur les L.H.S.S ?

OUI NON

Quand la demande émane d'un **service hospitalier**, ce dernier **s'engage** à reprendre le patient dans son service s'il s'avère que l'état de santé de la personne orientée dépasse les compétences soignantes des L.H.S.S.

Fait à le

Signature et cachet du Médecin :

Pièces à fournir :

- Comptes rendus médicaux
- Examens complémentaires
- Examens biologiques
- Ordonnance en cours