

Demande d'admission en Lits Halte Soins Santé (LHSS)

1. Présentation des LHSS :

Conformément au décret N° 2016-12 du 11 janvier 2016, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé (LHSS) », les LHSS 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.

Les LHSS ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique,
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies,
- D'élaborer avec la personne un projet individuel de sortie,
- D'offrir 24h/24 et toute l'année des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

2. Soins non réalisables aux LHSS :

- Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du patient, ponction... ;
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale, ou pansement avec VAC ;
- Personne grabataire ou nécessitant des soins de nursing complet sans perspective de rétablissement ;
- Personne présentant une démence de type Alzheimer ou apparentée nécessitant une surveillance permanente.

3. Durée de séjour :

La durée de séjour est de 2 mois maximum. Néanmoins, cette durée reste corrélée à la durée des soins, qui ont motivés la demande de prise en charge.

4. Critère d'inscription sur liste d'attente :

- Admissible mais manque de place dans l'établissement.

5. Pièces et documents obligatoirement à joindre :

- **Ordonnances médicales (médicaments, pansements, kiné, etc...)**, compte-rendus médicaux de moins de 6 mois, rapport médical, résultats d'examen médicaux, convocations aux prochains rendez-vous médicaux
- **Rapport social** et pièces justificatives administratives et sociales
- Demande du candidat signée

L'ensemble des documents médicaux seront lus et traités par les professionnels médicaux et paramédicaux soumis au secret professionnel.

Fiche N°1 - volet médical

- Demande à envoyer par mail à : **admissionlhss69@gu-rhone.org** ou à faxer au **04 78 03 55 69**
- Rapport médical daté joint sous *pli confidentiel*, « à l'attention du médecin des LHSS » à envoyer à 9 place Aristide Briand 69003 Lyon

Date de la demande : / /20

Identité du candidat :

Nom : Date de naissance : / /

Prénom : Âge :

Sexe : Masculin Féminin autre Tel : _ / _ / _ / _ / _ Mail @

Adresseur instruisant la demande :

Identification de la structure :

Adresse de la structure :

Service : Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Cadre de santé : Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Assistant de service social : Tel : _ / _ / _ / _ / _

..... @

Médecin instruisant la demande :

NOM : Tel : _ / _ / _ / _ / _ Fax : _ / _ / _ / _ / _

Prénom : Mail : @

Pathologies somatiques ou soins motivant la demande : *(Compte rendu médical à joindre en pièce jointe)*

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Soins actuels :

Soins infirmiers Oui Non Ne sait pas

Prescription : Durée prévisible :

Fréquence :

Pansements : Oui Non Localisation :

Éléments complémentaires : (situation de la personne, raison motivant la demande)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents notables :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

Pathologies psychiatriques :

Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Stabilisé : Oui Non Ne sait pas

Psychiatre référent : Tel : _ / _ / _ / _ / _

..... @

Psychologue référent : Tel : _ / _ / _ / _ / _

..... @

Suivi : Lieu : Fréquence :

Trouble de l'usage : Oui Non Ne sait pas

Tabac Alcool Médicaments,

Autres (cannabis, cocaïne, héroïne, etc...) Préciser :

Traitements substitutifs aux opiacés Oui préciser : Non

Suivi en addictologie: Oui Non

Personne référente : Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Lieu : Fréquence :

Information du patient :

Est-il informé sur :

Le diagnostic : Oui non

Le pronostic : Oui non

Traitement médicamenteux : Oui Non

(Joindre les ordonnances en même temps que la demande d'admission)

Patient suivi par membre du Réseau Social Rue Hôpital : Oui Non

Personne référente : NOM Tel : _ / _ / _ / _ / _
..... @

Rééducation : Oui Non Ne sait pas

Prescription : Durée prévisible : Fréquence :

Allergies : Oui Non Ne sait pas

Lesquelles :

BMR : Oui Non Ne sait pas Patient en isolement : Oui Non

Type :

Traitement :

Grossesse en cours Oui Non Stade :

Suivi :

Mobilité	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre

- Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement orthopédique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altération des fonctions supérieures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Alimentation	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Mixé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Élimination	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Continent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomie :	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Aide à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aide aux repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de médicament	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :

- Les ordonnances en cours
- Les comptes rendus du dossier médical (*moins de 6 mois*)
- Les éléments de recherche diagnostique en cas de suspicion de tuberculose

Date

Cachet du médecin

Signature du médecin

Fiche N°2 « Volet social »

Demande à envoyer par mail à : admissionlhss69@gu-rhone.org ou à faxer au **04 78 03 55 69**

Date de la demande : / / 20..... →

État civil du demandeur :

Nom : Date de naissance : / / Âge : ...

Prénom : Lieu de naissance :
.....

Sexe : Masculin Féminin Autre

Langue parlée :

Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Domiciliation administrative : En cours de demande

Situation familiale : Célibataire En couple Pacsé Marié Séparé Divorcé Veuf

Entourage :

Accompagnants :

Personne de confiance/proche : Tel : _ / _ / _ / _ / _

Établissement / service instruisant la demande :

Identification de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Service : Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Travailleur social instruisant la demande : Nom : Prénom :

Tel : _ / _ / _ / _ / _ @

Qualité :

Situation administrative (le jour de la demande) :

Nationalité : Carte nationale d'identité française : Oui Non

Date d'entrée en France : / /

Nature du titre de séjour : Durée de validité :

Nature des démarches en cours : Date : / /

Autorisation de travail : Oui Non

Inscrit à la MVS / SIAO : Oui Non Date du diagnostic : / /

Pour les demandeurs d'Asile :

Pays d'entrée ou la demande d'Asile a été faite :

Date de la demande : / / APS : Oui Non Fin de validité : / /

Mesure de protection majeur protégé :

Démarche en cours : Oui Non Date : / /

Nature : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Date de validité : / /

Nom du mandataire : Tel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___@

Situation administrative et sociale :

Couverture sociale : Oui Non Type : PUMA AME Date de validité : / /

En cours de demande Date de dépôt : / /

Organisme : N° SS : _____ | _____

Mutuelle / C2S : Oui Non Date de validité : / /

Organisme :

ALD 100% : Oui Non Date de validité : / / En cours de demande

Dossier MDPH : En cours : Acquis : N° de dossier :

Ressources :

Nature : Montant total des ressources :€

Dossier de surendettement : Oui Non

Hébergement :

Hébergement actuel ou dernier connu avant hospitalisation :

Rue Squat Hébergement chez un tiers Hébergement d'urgence CHRS

Domicile de la personne Autre :

Animal de compagnie : Oui Non Genre (préciser)

Catégorie et nombre :

Démarches d'accueil dans d'autres structures :

Autres demandes d'accueil :

.....

.....

.....

.....

.....

Faire mention des démarches inabouties :

.....

.....

.....

Motifs de refus :

.....

Fiche N°3 – Demande du candidat

DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE

Je soussigné(e)

Né(e) le :

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical me concernant sont adressés à l'établissement.

Fait à

Le :

Signature :