

# Halte Soins Santé de Jour

## Fiche synthétique d'admission

La Halte Soins Santé de jour du FOYER est rattachée au Centre Gabriel Rosset et à ses nouveaux LHSS. Elle est ouverte toute l'année. Une équipe pluridisciplinaire se mobilise pour offrir un accueil en journée chaleureux, sécurisant. Elle dispense des soins médicaux et paramédicaux dans le cadre d'un accompagnement global adapté aux besoins des personnes.

### Critères d'admission :

- Majeur,
- Sans domicile,
- Socialement isolé,
- En souffrance psychique, confronté à des problématiques d'addictions échappant à l'offre classiquement proposée,
- Ayant des soins à réaliser non programmés et non assurés par les équipes mobiles.

### Modalités d'orientation :

Fiche synthétique à adresser à : [HalteSoinsSante-de-jour@fnds.org](mailto:HalteSoinsSante-de-jour@fnds.org)

Date de la demande : .....

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
NATIONALITE		
LANGUE(S) PARLEE(S)		
SITUATION D'HEBERGEMENT		

DOMICILIATION ADMINISTRATIVE			
SECURITE SOCIALE	DROITS OUVERTS ?	Oui	Non
	Si oui, valides jusqu'au...		
RESSOURCES	SANS		
	AVEC, PRECISER		
PAPIERS D'IDENTITE	CNI OU PASSEPORT	Valide	Expiré
	TITRE DE SEJOUR	Valide	Expiré
MESURE DE PROTECTION	TUTELLE		
	CURATELLE		
NOM du TRAVAILLEUR SOCIAL REFERENT et coordonnées email-téléphone :			
PARTENAIRE ORIENTATEUR (si différent) et coordonnées email-téléphone :			
POURQUOI UNE ADMISSION EN HSS DE JOUR ? (motif principal)			
AUTRES DEMANDES D'ADMISSION EN COURS (LHSS, LAM, SSR...) ?			
SUIVI SOCIAL (démarches en cours)			
<b>OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE</b> A court terme : Moyen terme : Long terme :			
DATE ET LIEU			
Nom et signature de la personne demandeuse		Nom, titre et signature du partenaire qui oriente	

Lits Halte Soins Santé de Jour - 85 Rue Sébastien Gryphe Lyon 7

Email : [HalteSoinsSante-de-jour@fnDSA.org](mailto:HalteSoinsSante-de-jour@fnDSA.org)

Tel : 06 18 66 05 68

--	--

**RESERVE A L'EQUIPE DE LA HALTE SOIN SANTE DE JOUR**

Date de réception de la demande :

Date de traitement de la demande :

Date de réponse :

EVALUATION DE LA DEMANDE D'ADMISSION

DECISION	Admission	Refus
----------	-----------	-------

ENTRETIEN D'ADMISSION	Date	
-----------------------	------	--

	Personnes mobilisées	
--	----------------------	--

DATE DE PREMIER ACCUEIL

REFERENT(S) HSS de Jour