



### DOSSIER D'ADMISSION

Bonjour,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier d'admission pour une personne présentant une problématique médicale et une problématique sociale.

Pour rappel, les L.H.S.S. de la Traverse accueillent toute personne majeure ne disposant pas d'un domicile :

- 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,
  
- Les places ne sont pas dédiées à une pathologie donnée, mais n'ont pas pour vocation d'apporter des soins spécifiques dans le domaine de la psychiatrie, la gériatrie, la pédiatrie
- Il ne s'agit pas d'une solution d'hébergement

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que dans sa partie médicale. Ainsi, si des documents médicaux étaient à votre disposition concernant la situation médicale de la personne (ordonnances en cours, bilans de sortie d'hospitalisation, bilans de situation hospitaliers...), merci de nous les faire parvenir à l'aide d'une enveloppe « Confidentielle ».

**La photocopie d'une pièce d'identité ainsi que l'attestation de droits CPAM sont à fournir avec le volet social dès lors que la personne en dispose.**

Une fois le dossier complet, vous pouvez nous le faire parvenir soit par voie postale, soit par mail à l'adresse suivante :

Association La Traverse  
Lits Halte Soins Santé  
12 avenue de la Gare - 48000 MENDE  
Tel : 04.66.65.21.92 - Mail : lhss.medical@latraverselozere.fr

Suite à cette demande, l'admission est prononcée par la directrice après avis favorable du médecin référent de la structure. La décision est prise en fonction de critères médicaux et des places disponibles.

L'équipe des LHSS se tient à votre entière disposition pour toutes vos questions et s'engage à répondre dans les plus brefs délais à vos sollicitations.



# ASSOCIATION LATRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE « LHSS »

A envoyer à l'adresse postale ou mail ci-dessous

LITS HALTE SOINS SANTE

12, avenue de la gare 48000 Mende

Mail : [lhss.medical@latraverselozere.fr](mailto:lhss.medical@latraverselozere.fr)

### 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.

Etablissement instruisant la demande : ..... Adresse : ..... Tél/Mail : ..... Nom du médecin : .....	Cadre réservé au LHSS  Reçu le : .....  Avis :
---	--

### IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom – Prénom : .....	
Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
N° de téléphone : .....	
Langues parlées : .....	



# ASSOCIATION LATRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## 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 :

.....  
.....



# ASSOCIATION LATRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

Antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux

Allergies :

Autres :







# ASSOCIATION LATRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## AUTRES INFORMATIONS

Alimentation	Hygiène / Toilette	Contenance
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Régime particulier  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre ..... .....	<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	<b>Autonomie :</b> <b>Marche :</b> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <b>Transferts :</b> <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <b>Monte des escaliers :</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> étage <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> étage  <b>Mobilisation :</b> <input type="checkbox"/> Appui <input type="checkbox"/> Port de plâtre <input type="checkbox"/> Port d'attelle  <b>Localisation :</b> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Canne(s) / béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit strict  Durée estimée : ..... .....



# ASSOCIATION LATRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## 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





# ASSOCIATION LA TRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE « LHSS »

### LITS HALTE SOINS SANTE

12, avenue de la gare

48000 Mende

### VOLET SOCIAL

*Les renseignements feront l'objet d'un traitement par fichier informatique. La loi N°78.17 du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » vous garantit un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Toute demande devra être formulée par écrit au directeur de l'association.*

<b>ETAT CIVIL</b> NOM : Prénom : Domiciliation/adresse :  Code postal : Ville : Téléphone :	Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité : Situation de famille : Nombre d'enfants : Dont à charge :
<b>PIECES d'IDENTITE</b> <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Récépissé	<input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre :
<b>RESSOURCES</b> <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Indemnités Pôle Emploi <input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Autre :



# ASSOCIATION LA TRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

## *TYPE D'HEBERGEMENT / LOGEMENT*

- Locataire  
 Sans domicile  
 Autres :

- Amical  
 Familial  
 Structure d'hébergement

## *SITUATION SOCIALE*

N° d'assuré social :

- S.S de base     S.S + mutuelle     C.M.U     C.M.U.C  
 A.L.D         A.M.E     Aucun droit     En cours

Ouverture des droits :

Caisse de :

Date de début :

Date de fin :

## *MESURE DE PROTECTION EN COURS OU EFFECTIVE*

- Sauvegarde justice                       Tutelle                       MJAGBF  
 Curatelle                                       MASP

Nom :

Service

Téléphone

Adresse

## *ACCOMPAGNEMENT*

Service :

Téléphone :

Nom du Travailleur social :

Nom du Médecin :

Nom du Psychologue :

Autre :

**Evaluation sociale :**



# ASSOCIATION LA TRAVERSE

Lits Halte Soins Santé

Existe-t-il une solution d'hébergement/logement après les LHSS ? Si oui laquelle ?

Démarches en cours :

--

## *PERSONNES RESSOURCES*

Personne à joindre	Autre personne à joindre
Lien :	Lien :
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

Fait à ....., le ...../...../.....

Je soussigné(e) Mr / Mme / Mlle ..... demande mon admission dans le dispositif « Lits Halte Soins Santé » de l'association La Traverse. J'atteste avoir été informé(e) des conditions du séjour et des obligations qui y sont attachées (cf. règlement de fonctionnement de la structure, consultable sur le site internet de l'Association La Traverse).

Signature du demandeur

--

NOM, Prénom du travailleur social

Signature et cachet
---------------------