	FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ	Septembre 2023
	LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL (LHSS 78)	
	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION	Page 1 sur 13

Demande d'accompagnement dans les Lits Halte Soins Santé (LHSS) résidentiel

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le dossier de demande d'admission pour les Lits Haltes Soins Santé Résidentiel des Yvelines (78). Ce dossier devra être dûment complété sur la partie socio-éducative et médicale en rajoutant toutes les pièces nécessaires à votre accompagnement (attestation de droits, notifications MDPH, autres documents sociaux, ordonnances antérieures, ordonnances des traitements en cours, comptes rendus médicaux ou d'hospitalisations, imageries médicales, lettre de liaison...).

Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande, le dossier ne pourra être traité par l'équipe.

Une date d'accueil pour l'hébergement temporaire ne peut être donnée qu'après un examen du dossier et accord de l'équipe.

Dès réception, votre dossier sera examiné par l'équipe en commission d'admission.

Si validation du dossier, nous vous contacterons pour programmer une date de préadmission.


Pour toutes demandes d'informations, vous pouvez nous contacter au 01.78.73.22.56.

Vous pouvez envoyer le dossier complété à l'adresse mail ou postale ci-dessous:

- LHSS78@elan-retrouve.org
- LHSS résidentiel, 2 avenue du Maréchal JOFFRE 78250 Meulan en Yvelines.

Nous vous remercions de l'intérêt et de la confiance que vous portez à notre établissement

L'équipe des Lits Halte Soins Santé Résidentiel

	FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ	Septembre 2023
	LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL (LHSS 78)	
	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION	Page 2 sur 12

Pour votre information, l'accueil au sein des LHSS est temporaire (2mois renouvelable) et permet un accompagnement des personnes précaires, sans domicile ayant une problématique de santé mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

De plus, les personnes nécessitant les soins suivants ne relèvent pas des LHSS :

- Dialyse péritonéale
- Oxygénothérapie
- Perfusions en continu
- Personne grabataire
- Personne sous-alimentation entérale continue
- Soins douloureux nécessitant une analgésie centrale
- Seringue électrique



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 3 sur 13

Origine de la demande :

Date :

.....

Etablissement/service :

Nom et qualité de l'orienteur : Tél.

:

Mail :

PARTIE SOCIO-ÉDUCATIVE

Situation administrative de la personne

Nom :

Domiciliation :

Nom de jeune fille :

Code postale :

Prénom :

Ville :

Date de naissance :

Dernier domicile connu :

Lieu de naissance :

.....

Sexe :

Téléphone :

Nationalité :

Permis :

Documents d'identité en possession de la personne accueillie :

Veillez nous mettre une copie du justificatif d'identité.

.....

Durée de validité :



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 4 sur 13

Situation familiale

Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Vie en couple Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Dont à charges :

Animaux :

Si oui, moyen de garde :

Culte ou religion :

Personne ressource

Personne à joindre

Personne à joindre

Lien :
.....

Lien :
.....

Nom :
.....

Nom :
.....

Adresse :
.....

Adresse :
.....

Téléphone :
.....

Téléphone :
.....

Si personne de confiance, merci de le préciser sur la ligne lien, pour plus d'information se référer à l'annexe.



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL (LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 5 sur 13

Situation sociale

Numéro de SS :

Ouverture des droits :

Date de début : Date de fin :

- Options for social security: PUMA, PUMA + mutuelle, CSS, A.L.D, A.A.H., AME, Aucun droit, En cours.

Veillez nous mettre à disposition l'attestation de sécurité sociale, ainsi qu'un justificatif de complémentaire, si l'usager est en possession de droits.

Référent social (Nom, prénom, fonction, structure associées et coordonnées) :

SPIP : oui non

Si oui, coordonnées du référent :

Mesure de protection en cours ou effective :

- Options for protection measures: Sans, Sauvegarde de justice, Curatelle simple, Curatelle renforcée, Curatelle aménagée, Tutelle, MASP.

Nom :

Service :

Adresse : Téléphone :

Situation professionnelle :

Emploi :

Arrêt de travail depuis :

Longue maladie depuis :

Invalité depuis :

Retraité

Sans activité



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 6 sur 13

Situation financière:

Salaire Indemnités journalières Pôle emploi Retraite AAH RSA
 CAF Aucune ressource Dettes (si oui montant)..... Autres :

Numéro allocataire (CAF) :

Numéro demandeur (pôle emploi) :

Nous souhaiterions avoir un rapport social et s'il y a une notification MDPH, nous la joindre.



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 7 sur 13

PARTIE MÉDICALE

Suivi médical (médecin traitant, infirmière libérale, spécialistes ou autres) :

NOM Prénom :

Fonction :

Coordonnées :

Pathologie motivant la demande

Poids : Taille : IMC :

Antécédents médicaux :

.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux :

.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques :

.....
.....
.....



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 8 sur 13

Tentative de suicide : oui ou non

Acte de violence : oui ou non

Conduites à risque (addiction) : oui ou non

Veillez nous mettre à disposition les comptes rendus d'hospitalisation et imageries médicales.

Allergies :

.....
.....

Traitement en cours : *Nous joindre l'ordonnance.*

.....
.....
.....

Régime alimentaire :

.....

Soins (infirmiers, kinésithérapeutes ect) en cours :

.....
.....
.....

RDV prévus ou à prévoir :

NOM Prénom :

Profession :

Lieu :

Examen concerné :

Informations complémentaires :

Adhésion aux soins : oui ou non



FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ

LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL
(LHSS 78)

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Septembre 2023

Page 9 sur 13

Autonomie de l'utilisateur

	OUI	NON
Toilette		
Habillage		
Repas		
Fausse route		
Marche sans aide		
Marche avec aide		
Risque de chute		
Déambulation		
Fugue		
Incontinence urinaire		
Incontinence fécale		
Trouble de la mémoire		
Trouble du langage		
Trouble spatio-temporel		
Trouble du sommeil		



Commentaires :

.....
.....

Déficiences :

.....
.....
.....


Projet de l'utilisateur à la sortie du LHSS :

.....
.....
.....

Hébergement à la sortie du LHSS :

.....
.....

Cachet du médecin, ainsi que sa signature :

	FONDATION L'ÉLAN RETROUVÉ	Septembre 2023
	LITS HALTE SOINS SANTÉ RÉSIDENTIEL (LHSS 78)	
	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION	Page 10 sur 12

Accord de l'utilisateur

Le dispositif des LHSS accueille toute personne majeure, homme, femme, sans logement fixe ou stable nécessitant des soins mais pas une hospitalisation.

Lors de votre arrivée au sein de la structure, différents documents administratifs vous seront remis et une visite explicative des locaux vous sera faite. Il vous sera demandé de prendre connaissance du règlement de fonctionnement.

Je soussigné, Madame, Monsieur atteste avoir pris connaissance du dossier d'admission des Lits Halte Soins Santé Résidentiel 78 de la Fondation l'Élan Retrouvé et confirme mon souhait d'intégrer ce dispositif médico-social.

Fait à,

Le

Signature

Annexe : Personne de confiance



Désignation

d'une personne de confiance

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

A l'occasion de vos soins, vous souhaitez être assisté(e) d'une personne de confiance.

LHSS Résidentiel 2,

avenue du Maréchal Joffre

B.P. 18 78250 MEULAN

☎ 01.78.73.22.56.

Vous êtes hébergé ou vous allez l'être ...

Pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette personne, que l'établissement considérera comme votre "personne de confiance" pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

Cette désignation peut être très utile si:

- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre accompagnement, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
- Vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe pluridisciplinaire et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses.
- Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.

La désignation d'une personne de confiance :

- n'est pas une obligation
- doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation
- se fait par écrit par exemple à l'aide du formulaire ci-contre
- peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence)
- peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne, à votre demande ▪ est valable pour la durée de l'accompagnement, et pour plus longtemps si vous le souhaitez.

Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir bien sûr son accord.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical. Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.

Annexe : Personne de confiance

Désignation d'une personne de confiance

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

ne désire pas désigner une personne de confiance **désigne M., Mme, Mlle :**

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

N° tél. : Fax E-mail

Lien avec le lien avec le patient (*parent, proche, médecin traitant*) :

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- pendant la durée de mon accompagnement
- pendant la durée de mon accompagnement et ultérieurement

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle

- pourra être consulté(e) par l'équipe professionnelle au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importantes ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Signature de la personne désignée

Fait à :

(recommandé)

le :

Signature