

# Dossier médical d'admission

A remplir par un médecin



Lits Halte Soins Santé de Morlaix - Fondation Massé-Trévidy  
lhss-morlaix@fmt.bzh - 02 98 88 56 38

Identité du candidat : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

## PUBLIC

Personne de plus de 18 ans, sans abris ou en logement précaire et/ou insalubre nécessitant des soins sans pour autant avoir besoin d'une hospitalisation.

## BESOIN MEDICAL

Prise en charge d'une problématique de santé aigüe principalement somatique (fractures, lésions dermatologiques, épisodes infectieux...).

## CRITÈRES D'ADMISSION

## AUTONOMIE

Les personnes se déplaçant en fauteuil roulant ou avec un périmètre de marche limité peuvent être accueillies en LHSS sous réserve qu'elles soient autonomes pour leurs transferts. De plus les personnes doivent avoir un degré d'autonomie suffisant pour réaliser les actes de la vie quotidienne (alimentation, hygiène..). 1 chambre est adaptée aux PMR.

## ÉTAT GÉNÉRAL

Personnes devant présenter un état de santé suffisamment stable pour ne pas nécessiter de soins techniques lourds, et de surveillance continue et /ou avoir besoin de soins la nuit (pas de personnel paramédical la nuit).  
Un sevrage OH n'est pas possible. De plus si des troubles psychiatriques existent ils doivent être stabilisés avant l'entrée.

## DURÉE

Dispositif de solution transitoire. La sortie doit être pensée dès l'entrée.  
2 mois renouvelables en fonction de l'état de santé de la personne, sur avis médical. Les séjours visent à la stabilisation de l'état de santé de la personne.

## SOINS REFUSÉS

Les soins suivants ne peuvent être assurés par le service : traitement administré par perfusion continue ou seringue électrique, alimentation entérale continue, dialyse péritonéale, soins de nursing lourds.

Identité du candidat : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

I. Problématique(s) médicale(s) motivant la demande :

---

---

---

---

---

---

---

---

II. Problématique(s) médicale(s) associée(s):

---

---

---

---

---

---

---

---

III. Antécédents médicaux et chirurgicaux :

---

---

---

---

---

---

---

---

#### IV. Environnement médical :

---

Hôpital référent : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Médecin spécialiste référent : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (coordonnées si différent du médecin demandeur) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### V. Autonomie :

---

##### Déficits retentissant sur l'autonomie

Déficit moteur :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non
Déficit des fonctions supérieures :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non
Déficit cognitif :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Non
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non
Nécessité d'un logement PMR :	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non

##### Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers pour :

La marche :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Ponctuelle	<input type="checkbox"/> Non
La toilette :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Ponctuelle	<input type="checkbox"/> Non
La prise de repas :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Ponctuelle	<input type="checkbox"/> Non
Autres (précisez) :	_____			

#### VI. Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :

---

Conduites addictives :  Oui  Non

Si oui, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

Si oui, précisez le(s) suivi(s) en cours et la/les structure(s) référente(s) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pathologie(s) psychiatrique(s) :  Oui  Non

Si oui, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

Si oui, précisez le(s) suivi(s) en cours et la/les structure(s) référente(s) :

---

---

Merci de préciser les troubles associés :

---

## VII. Traitements et soins infirmiers en cours

---

Oui       Non       Sous contrôle       En autonomie

Merci de joindre l'ordonnance en cours

- Injections :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fréquence : _____
- Pansements :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fréquence : _____
- Surveillance des constantes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fréquence : _____
- Autres :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fréquence : _____

Précisez : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin demandeur :

---

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Documents à joindre à votre demande :

---

- Comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation
- Résultats d'examens complémentaires
- Ordonnances en cours

---

Dossier à adresser à l'attention du personnel médical LHSS :  
[myriam.arzel@fmt.bzh](mailto:myriam.arzel@fmt.bzh) ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix  
L'admission sera étudiée à réception des volets médical ET social. Merci