

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 : _____

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.

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.

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.

CRITÈRES D'ADMISSION

BESOIN MEDICAL

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

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.

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 : ☐ Oui ☐ Modéré ☐ Important ☐ Non

Déficit des fonctions supérieures : ☐ Oui ☐ Modéré ☐ Important ☐ Non

Déficit cognitif : ☐ Oui ☐ Modéré ☐ Important ☐ Non

Fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non

Nécessité d'un logement PMR : ☐ Oui ☐ Non

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

La marche : ☐ Oui ☐ Permanente ☐ Ponctuelle ☐ Non

La toilette : ☐ Oui ☐ Permanente ☐ Ponctuelle ☐ Non

La prise de repas : ☐ Oui ☐ Permanente ☐ Ponctuelle ☐ 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 ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix
L'admission sera étudiée à réception des volets médical ET social. Merci