# Dossier médical d'admission

A remplir par un médecin



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

#### **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

## **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.

#### **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.

1. 1	Problématique(s) médicale(s) motivant la demande :
II.	Problématique(s) médicale(s) associée(s):
III.	Antécédents médicaux et chirurgicaux :

## IV. Environnement médical: Hôpital référent : \_\_\_\_\_ 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 : □ Modéré □ Important □ Non □ Oui Déficit cognitif : □ Oui ☐ Modéré ☐ Important ☐ Non Fauteuil roulant: □ Oui □ Non Nécessité d'un logement PMR : □ Non □ Oui Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers pour : La marche: □ Oui ☐ Permanente ☐ Ponctuelle ☐ Non □ Permanente □ Ponctuelle □ Non La toilette: □ Oui 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) :

□ Non

Pathologie(s) psychiatrique(s) : ☐ Oui

Si oui, précisez lesquelles :

Si oui, précisez le(s) suivi(s) en	cours et la/les	structure	e(s) référente(s) :		
Merci de préciser les troubles	associés :				
VII. Traitements et	soins infirr	niers er	n cours		
□ Oui □ Non	□ Sous contro	ôle	☐ En autonomie		
Merci de joindre l'ordonnance	en cours				
- Injections :	□ Oui	□Non	Fréquence :		
- Pansements :	□ Oui	□Non	Fréquence :		
- Surveillance des consta	intes : □ Oui	□Non	Fréquence :		
- Autres:	□ Oui	□Non	Fréquence :		
Précisez :					
Coordonnées					
Téléphone :					
Etablissement :					
Date :			Signature et cachet du médecin :		
Documents à j	oindre à vo	tre den	nande :		
☐ Comptes-rendus de consult	ation et d'hosp	oitalisation	1		
☐ Résultats d'examens comple	émentaires				
□ Ordonnances en cours					

Dossier à adresser <u>à l'attention du personnel médical LHSS</u>:

<u>myriam.arzel@fmt.bzh</u> ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix

L'admission sera étudiée à réception des volets médical ET social. Merci