

Dossier social d'admission

A remplir par un travailleur social



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

Identité du candidat : _____

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.

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.

BESOIN MEDICAL

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

CRITÈRES D'ADMISSION

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 péritonale, soins de nursing lourds.

I. Informations administratives :

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : Féminin Masculin

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Domiciliation administrative :

Tel : _____

Email : _____

Situation professionnelle : _____

Situation familiale : Conjoint Non Oui

Enfants Non Oui, combien ? _____

II. Organisme orienteur :

Nom de l'établissement : _____

Service : _____

Référent social : _____

Tel : _____

Email : _____

III. Couverture sociale :

Numéro de sécurité sociale : _____

Caisse : _____

Droits ouverts jusqu'au : _____

CSS : _____ AME : _____

Mutuelle : _____

IV. Type d'hébergement avant hospitalisation ou consultation :

- Logement personnel Chez un tiers
 Squat Structure médico-soc : _____
 Autre : _____

V. Pièces administratives :

- Carte Nationale d'Identité : Oui Non Valide Périmée le : _____
Passeport : Oui Non Valide Périmé le : _____
Titre de séjour : Oui Non Valide Périmé le : _____

VI. Mesure de protection :

- Tutelle Curatelle

Nom du Mandataire judiciaire : _____

Coordonnées : _____

VII. Ressources (si oui, précisez le montant) :

- ARE/ASS : RSA :
 Retraite : AAH :
 ADA : Autre :
 Sans ressources :

VIII. Charges :

Nature (loyers, assurances, pension, ...)	Montant	Dette(s) éventuelle(s)	Montant
TOTAL		TOTAL	

IX. Suivi social : démarches en cours, noms et coordonnées des référents

- _____

- -
 -
 -

X. Note sociale :

- Retour à domicile Institution (précisez) : _____

Incertain

XII. Date et signatures :

« Je suis informé(e) que les informations administratives, sociales et médicales concernant ma situation sont adressées au service LHSS du Jarlot à Morlaix. »

Du professionnel référent :

De la personne demandeuse :

Dossier à adresser aux LHSS : lhss-morlaix@fmt.bzh ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix. L'admission sera étudiée à réception du dossier médical ET du dossier social. Merci