

Demande d'admission Établissement Lits Halte Soins Santé

(À adresser par voie postale sous pli confidentiel
avec le dossier social à l'attention du médecin des LHSS)

DOSSIER MÉDICAL

Date de la demande :

Médecin orienteur :

Renseignements Administratifs

Nom : Sexe : Masculin Féminin

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Nationalité : Age :

Le patient a-t-il séjourné en milieu hospitalier au cours des 6 derniers mois ?

oui non

Où se trouve actuellement le patient ?

Établissement	Service	Motif du séjour	Durée

Référent(s) médical(aux)

Établissement	Référent	Coordonnées téléphoniques

Présentation de la situation médicale

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX RÉCENTS
(S'IL Y EN A)**

Pathologie aigüe ponctuelle, suite opératoire, détérioration de l'état général... justifiant la demande d'admission en LHSS :

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

Pathologie autres/Antécédents/Allergies :

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

Si ALD : Nature de la pathologie ALD :

.....
.....

Description clinique actuelle :

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

Troubles psychiques/ psychiatriques **La(Les)quelle(s) :**
Suivi : oui non **Service ou médecin référent :**

Conduites addictives (ne sont pas un frein à l'admission) :

Tabac Alcool Cannabis Opiacés Autres :

Préciser les quantités consommées

.....
.....

Grossesse en cours : oui non

Compléments d'informations :

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

Traitements et prise en charge thérapeutique

Nature et durée du traitement en cours :

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS S'IL Y EN A.

Nom du médicament	Posologie	Durée de prescription	Observation

Prescriptions paramédicales (kinésithérapie, orthoptie...)

Nature	Durée	Fréquence	Observations

Fondation Edith Seltzer

Consultations aux examens prévus :

Lieu de la consultation/examen	Date	Horaires	Nom du médecin ou type d'examen

Objectifs de séjour :

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

- Observance traitement Distribution traitements
 Surveillance état Pansement Éducation à la santé
 Autre → Si autres, précisez :

.....

Régime alimentaire : oui non

Si oui, précisez de quel nature du régime et fournir une ordonnance :

- Diabète Sans sel strict Sans sel large Hypocalorique Autre

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

Bilan d'autonomie*

<p>1. MARCHER</p>	<p>Se déplacer à l'intérieur 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Se déplacer à l'extérieur 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Monter/descendre un escalier 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Préhension main dominante 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Préhension main non dominante 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>2. ENTRETIEN Personnel</p>	<p>Faire sa toilette 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>S'habiller, se déshabiller 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Manger des aliments préparés 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Faire ses courses et se préparer ses repas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Assumer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. COGNITION et FONCTION SENSORIELLE</p>	<p>Se repérer dans le temps 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>S'orienter dans l'espace 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Vision 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Audition 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Communication 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>4. TRANSFERTS</p>	<p>Se lever 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Se coucher 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>S'asseoir 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>

* 1 pas de difficulté 2 Difficulté modérée (précisez si aide humaine partielle) 3 Difficulté très importante (précisez si aide humaine totale)

Appareillage :

- Canne Déambulateur Fauteuil roulant Sonde
 Appareil respiratoire Autres

Commentaires sur l'évaluation de l'autonomie si nécessaire :

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

Durée pressentie du séjour sur l'établissement des Lits Halte Soins Santé

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

Avis du médecin coordinateur de l'établissement des Lits Halte Soins Santé

Avis favorable (*Durée envisagée*) :

.....
.....

Avis défavorable (*Motifs*) :

.....
.....

Ajournement : (*Informations complémentaires souhaitées*) :

.....
.....

Commentaires : (*Positionnement sur liste d'attente, date d'entrée prévisible, etc.*) :

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

Date :

NOM et Signature :