

DOSSIER D'ADMISSION

Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission pour une personne présentant une problématique médicale et une problématique sociale liée au logement.

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa partie sociale que dans sa partie médicale.

Ainsi tous les documents à votre disposition concernant la situation médicale de la personne (ordonnances en cours, bilans d'hospitalisation,...) sont à nous faire parvenir à l'aide d'une enveloppe « Confidentielle ».

La photocopie d'une pièce d'identité est à fournir pour le volet social.

Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande, le dossier ne pourra être traité par l'équipe et vous sera retourné.

Une fois le dossier complet, vous pouvez nous le faire parvenir par voie postale ou par email, au service des Lits Halte Soins Santé :

Association RHESO
Lits Halte Soins Santé
259 bis avenue Pierre Sémard
84200 Carpentras
Tel : 04 90 60 36 84
Email : contact-lhss@rheso.fr

L'étude du dossier s'effectue en réunion d'équipe où les volets médicaux et sociaux sont abordés et validés par le médecin et par la Direction.

L'équipe des LHSS se tient à votre entière disposition pour toutes vos questions et s'engage à répondre dans les plus brefs délais à vos sollicitations.

Cordialement,

L'équipe des Lits Halte Soins Santé

RHESO

DOSSIER D'ADMISSION

Fiche à renseigner le plus précisément possible et à transmettre à l'association
RHESO 259 bis avenue Pierre Sépard 84200 Carpentras
contact-lhss@rheso.fr

Les Lits Halte Soins Santé de l'association RHESO assurent des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social pour des personnes sans domicile fixe nécessitant des soins à domicile, prescrits pour une durée inférieure à deux mois par un médecin après examen et diagnostic.

Les renseignements ci-dessous feront l'objet d'un traitement par fichier informatique. La loi N°78.17 du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » vous garantit un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Toute demande devra être formulée par écrit au directeur de l'association.

VOLET SOCIAL

ETAT CIVIL

NOM :	Date de naissance :
Prénom :	Lieu de naissance :
Domiciliation :	Nationalité :
.....	Situation de famille :
Code postal :	Nombre d'enfants :
Ville :	Dont à charge :
Téléphone :	

PIECES D'IDENTITE

<input type="checkbox"/> Carte d'identité	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Passeport
<input type="checkbox"/> Récépissé	
<input type="checkbox"/> Carte de séjour	

TYPE D'HERBERGEMENT/ LOGEMENT

<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Hébergement
<input type="checkbox"/> SDF	<input type="checkbox"/> Amical
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Familial
.....	<input type="checkbox"/> Structure d'hébergement

DOSSIER D'ADMISSION

ORIENTATION EFFECTUEE PAR :

Etablissement :

Service :

Nom et coordonnées de la personne qui renseigne le dossier :

.....
.....

SITUATION SOCIALE

Couverture sociale : N° d'assuré social :

Caisse de :

Ouverture des droits Date de début :

Date de fin :

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S.S de base | <input type="checkbox"/> S.S + mutuelle | <input type="checkbox"/> C.M.U | <input type="checkbox"/> C.M.U.C |
| <input type="checkbox"/> A.L.D | <input type="checkbox"/> A.M.E | <input type="checkbox"/> Aucun droit | <input type="checkbox"/> En cours |

RESSOURCES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> Allocation chômage | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> AAH | |
| <input type="checkbox"/> Sans | |

MESURE DE PROTECTION EN COURS OU EFFECTIVE

- | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans | <input type="checkbox"/> Sauvegarde justice | <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Tutelle |
| <input type="checkbox"/> M.A.S.P. | | | |

Nom :

Service :

Téléphone :

Adresse :

ACCOMPAGNEMENT

	Nom	Service	Téléphone
Travailleur social
Médecin
Psychologue
Autres :

DOSSIER D'ADMISSION

PRESENTATION

Exposé de la problématique :

Situation actuelle

Parcours locatif

Perspectives de sortie après les LHSS (existantes ou envisagées)

DOSSIER D'ADMISSION

Démarches en cours :

PERSONNES RESSOURCES

Personne à joindre

Lien :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Autre personne à joindre

Lien :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fait à le/...../.....

Je soussigné Mr /Mme/ Mlle
demande mon admission dans le dispositif « Lits Halte Soins Santé » de
l'association RHESO.

Signature du demandeur
Ou de son représentant légal

Signature du travailleur social
cachet du service

*Fiche à renseigner le plus Précisément possible et à transmettre à l'association
RHESO 259 bis avenue Pierre Sépard 84200 Carpentras contact-lhss@rheso.fr*

DOSSIER D'ADMISSION

RENSEIGNEMENTS MEDICO-INFIRMIERS PREALABLES A L'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Age :

Motifs médicaux de la demande :

Autres antécédents et histoire de la maladie :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Etat général	Bon <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>
Relation	Facile <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
Déplacement	Marche seul(e) <input type="checkbox"/>	Béquilles/déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>
Toilette	Seul(e) <input type="checkbox"/>	Avec aide partielle <input type="checkbox"/>	Avec aide complète <input type="checkbox"/>
Repas	Seul(e) <input type="checkbox"/>	Avec aide partielle <input type="checkbox"/>	Avec aide complète <input type="checkbox"/>
Elimination	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/>
Addiction	Alcool <input type="checkbox"/>	Tabac <input type="checkbox"/>	Mésusage de médicaments <input type="checkbox"/>
	Cannabis <input type="checkbox"/>	Héroïne <input type="checkbox"/>	Cocaïne <input type="checkbox"/>
Observance des traitements	Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Mauvaise <input type="checkbox"/>
Parasitose	Sans <input type="checkbox"/>	Gale <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Etat cutané	Bon <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>
Nécessite un lit médicalisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

DOSSIER D'ADMISSION

TRAITEMENTS EN COURS

♦ Liste **exhaustive** des traitements (y compris « patches », stupéfiants ou substitution) :

♦ Injections, pompe à insuline :

♦ Oxygène, aérosols :

♦ Pansements, ulcères, escarres :

♦ Kinésithérapie et rééducation :

♦ Soins infirmiers :

Fiche renseignée par :

(Nom lisible et coordonnées téléphoniques)

Le :

Signature :