## Demande d’admission en Lit Halte Soins Santé CHRS de Vienne

## **Décret n° 2016-12 du** **11 janvier 2016** **relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM**

*« Art. D. 312-176-1.-I.-Les structures dénommées “ lits halte soins santé ” mentionnées au 9° de l'article L. 312-1 accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.*

*« Elles ont pour missions :*

*« 1° De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;*

*« 2° De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;*

*« 3° D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.*

La demande est à faire auprès de l’infirmière du CHRS, Madame CAPLA Lucie : lucie.capla@alfa3a.org

Merci de joindre à cette demande :

* **une prescription médicale** attestant de l’état de santé de la personne, nécessitant une admission en LHSS et mentionnant la durée de la prise en charge. Cette dernière ne pouvant pas dépasser 2 mois, dans un premier temps mais pouvant être renouvelée en fonction de l’état de santé et du projet de la personne
* les prescriptions pour les traitements et soins infirmiers

Une réponse sera rendue après l’étude de la demande en réunion d’équipe.

**PRESCRIPTEUR :**

🞏Médecin libéral : Nom du Praticien :……………………….

🞏 Veille sociale : Nom du dispositif :…………………………

🞏 Structure hospitalière : Nom :……………………………...

**RENSEIGNEMENTS SOCIAUX :**

Nom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro ss :

Entourage familiale :

Prénom :

Lieu de naissance :

Personne « contact » :

Couverture sociale :

Langue parlée :

**MOTIFS DE LA DEMANDE /PATHOLOGIE ACTUELLE NECESSITANT PRISE EN CHARGE LHSS:**

**SOINS A METTRE EN PLACE EN LHSS** :

**DATE SOUHAITEE D’ADMISSION** :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Médecin traitant :………………………………………………………………………………

Médecin spécialiste :…………………………………………………………………………

**Suivi psychologique ou psychiatrique :**

Psychiatre / psychologue référent :

**Antécédents médicaux :**

* ……………………….
* ……………………….
* ……………………….

**Antécédents chirurgicaux :**

* ……………………….
* ……………………….
* ……………………….

**Traitements en cours :**

* per os :
* injectable :
* aérosols :
* pansements :

**Allergies** :……………………………………………………………………………………….

**Troubles**

* visuel :
* auditif :
* du comportement :
* cognitifs :
* Tabagisme :
* Ethylisme :
* Addiction :
* BMR :

**Plaies**

type : …………………………………………………………………………………………… localisation :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**CAPACITES FONCTIONNELLES \*:**

**Alimentation :**

* Autonome
* Aide partielle
* Aide totale

**Hygiène :**

* Autonome
* Aide partielle
* Aide totale

**Elimination**

* Urinaire :
* Autonome
* Urinal
* SAD
* pénilex
* Fécale :
* Autonome
* Incontinent
* Stomie

**Locomotion :**

* Autonome
* Canne
* Fauteuil roulant

**Transfert :**

* Autonome
* aide partielle
* aide totale

**AUTRES INFORMATIONS :**

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signature de la personne concernée