**| PRÉAMBULE À TOUTE DEMANDE D’ADMISSION**

**| DEMANDE D’ADMISSION** À ADRESSER À :

**A l’attention du médecin coordonnateur et de l’IDEC** LHSS France Horizon

Par email : admission@france-horizon.fr

**| MERCI DE JOINDRE A CETTE DEMANDE** LES DOCUMENTS SUIVANTS :

* Attestation de droits CPAM
* Comptes rendus médicaux (consultations, hospitalisations)
* Ordonnances des traitements en cours

*D’autres documents complémentaires pourront vous être demandé ultérieurement.*

**| DÉCISION** D’ADMISSION

* L’admission du demandeur est placée sous condition d’avis médical favorable du médecin référent France Horizon et prononcée par la directrice Régionale après avis de la commission d’admission composée de membres et de représentants départementaux des LHSS.
* En fonction des demandes et des places disponibles, il est possible que la demande soit mise sur liste d’attente.

**| FONCTIONNEMENT** DES LHSS FRANCE HORIZON

* La structure fonctionne 7 jours sur 7 et le personnel soignant (infirmier et aide-soignant) est présent 24h/24.
* La nuit, un veilleur est présent.
* En référence au décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d’organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé », la réglementation prévoit la possibilité d’une participation financière à l’hébergement de 25% des ressources de la personne accueillie.
* Le travailleur social de la structure rencontrera le patient afin de s’assurer que tous les droits sont ouverts.   
  Ils élaboreront ensemble (en temps et en heure) la sortie du patient vers un dispositif adapté.
* Certains animaux peuvent être admis sous conditions.
* Sous certaines conditions, l’accueil de proches du patient pourra être assurée par la structure.
* La durée réglementaire du séjour est illimitée, mais elle reste conditionnée à l’évolution de l’état de santé   
  de la personne accueillie, elle reste soumise à avis médical, pris en concertation avec l’équipe pluridisciplinaire et fera l’objet de points d’étape formalisés dans le projet personnalisé. En cas de souhait   
  du patient de quitter volontairement le dispositif contre avis médical, celui-ci sera informé par le médecin référent LHSS et la directrice régionale des risques liés à cette sortie prématurée.

**! Il est nécessaire d’arriver avec deux jours de traitement et/ou d’adresser par mail l’ordonnance 48h avant l’entrée.**

**Merci de remplir le plus précisément possible la partie sociale le dossier médical.**

**| PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT**

Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.

**| LA PERSONNE** CONCERNÉE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom – prénom :** | | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Age :** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Ressources :** | | Choisissez un élément. | | | | **Montant :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Coordonnées :** | | | 🕿 | | Cliquez ici pour taper du texte. | @ | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| *Je soussigné(e)* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| *Né(e) le* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| *À* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| *Demande l’examen de ma candidature en vue de mon accueil en lits Halte Soins Santé* | |

**| MERCI DE NOUS PRECISER** POURQUOI VOUS SOUHAITEZ ETRE ADMIS EN LHSS (FACULTATIF)

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**| LES PERSONNES DE CONFIANCE** À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM - PRÉNOM** | **TÉLÉPHONE** | **LIEN DE PARENTÉ** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Je confirme que je suis informé**

* Qu’un dossier social et médical est adressé à la structure LHSS de France Horizon.
* Que le traitement des informations est informatisé et soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée, qui protège les droits et libertés individuelles.
* Que certains éléments du dossier médico-social, seront partagés lors de la commission régionale d’admission, dans le respect du secret partagé, selon le Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fait le** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **À** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Signature du demandeur** |  |

**| DOSSIER SOCIAL**

**| IDENTITÉ** DU DEMANDEUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MONSIEUR :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **MADAME :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | **PRÉNOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **DATE DE NAISSANCE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | **LIEU DE NAISSANCE :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **NATIONALITÉ :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| **LANGUE(S) PARLÉE(S) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| **DOMICILIATION :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| **HÉBERGEMENT :** | | | | | | |
| RUE | 115 | SQUAT | HOSPITALISATION | | CHEZ UN TIERS | AUTRES |
| **ANIMAL DOMESTIQUE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |

**| INFORMATIONS** SOCIALES

|  |
| --- |
| **PIÈCES D’IDENTITÉ**  CNI  TITRE DE SÉJOUR  *Préciser :*  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **COUVERTURE SOCIALE**  Base  ALD  CMU-C  AME  Mutuelle  Démarches en cours |
| **RESSOURCES**  Salaire  RSA  AAH  ADA  ARE  ASS  IJ  AUTRES |
| **CAF**  Numéro allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PROTECTION JUDICIAIRE** |
| Oui  Type de mesure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Organisme de protection : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**| ÉVALUATION SOCIALE** (PARCOURS, PROJET DE VIE, AUTONOMIE, SOUHAITS…)

**> Référent(e) Social(e)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom Prénom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Profession** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Organisme employeur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées téléphonique** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Email** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **FAX** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autres intervenants sociaux** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Note sociale**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Note sociale rédigée le** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **Signature du référent social** |  |

**| DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D’ADMISSION**

**> Coordonnées du médecin instructeur de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Docteur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Structure** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Service** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées téléphonique** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Email** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **FAX** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Rappel de l’identité du patient orienté**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**| PATHOLOGIE** CHRONIQUE SOMATIQUE MOTIVANT LA DEMANDE

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**| PATHOLOGIES ASSOCIÉES** (PRÉCISER LES NOMS DES MEDECINS SUIVANT LE PATIENT)

**> Antécédents médico-chirurgicaux**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Antécédents psychiatriques**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Trouble du comportement**

Oui  type : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Non

**> Addictions**

Tabac

Alcool

Opioïde

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement substitutif : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi par : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**| AIDE NÉCESSAIRE** POUR LES ACTES DE VIE QUOTIDIENNE *(case cochée = oui)*

**> Toilette/habillage**

*Précisions* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**> Repas**

*Précisions* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**> Mobilité**

*Précisions* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**> Aide pour la marche**

**> Aide à la prise de traitements médicamenteux**

**> Accompagnement aux rendez-vous médicaux**

**> Surveillance liée à des troubles du comportement**

**> Autre :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**| BESOINS** D’UNE PRÉSENCE INFIRMIÈRE *(case cochée = oui)*

**> Pour surveillance**

Risque de décompensation brutale grave

Dispositif médical

Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**> Pour actes infirmier**

Injection

*Fréquence*: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pansement

*Fréquence :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gestion des antalgiques

Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**| PROJET DE SOINS** FORMULÉ PAR LE PATIENT

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**> Suivi prévu**

**Médical** (rdv d’examens, consultations…)

*Précisions* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Paramédical** (kiné, orthophoniste…)

*Précisions* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Merci de joindre tout document permettant de mieux appréhender la demande :**comptes rendus des dernières consultations et hospitalisations, ordonnances…

|  |  |
| --- | --- |
| **Fait le** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **À** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Signature et cachet** |  |