



DEMANDE D'ADMISSION

LITS HALTE SOINS SANTE

A adresser sous enveloppe cachetée au nom du Docteur OECHSNER , au LHSS le prieuré 12 avenue de Verdun 41000 BLOIS (en cas d'urgence numéro de fax : 02.54.78.60.01) **Veillez à bien remplir les différents volets.**

Volet social

1°Etat civil

NOM.....

Prénoms

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

Nationalité.....Titre de séjour.....

- Adresse.....
- Domiciliation.....

2°Type d'hébergement

- Logement autonome
- Familial
- Amical
- Institutionnel /associatif
- Sans domicile
- Autre

Démarches en cours :

Y a-t-il une solution d'hébergement envisagée après les LHSS :

3°Protection sociale

- Aide Médicale d'Etat
- Couverture Médicale universelle Complémentaire

Volet médical et paramédical

NOM : Prénom : Date de naissance :

Homme

femme

Nom du médecin prescripteur : Tél.....

Diagnostic médical

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

Antécédents

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

Soins infirmiers ou surveillance

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

Traitement en cours (joindre impérativement la photocopie de la prescription médicale en cours ou de sortie, ainsi que 24H de traitement).

Evaluation du patient

Activités élémentaires	oui	non
Aide à la toilette		
Aide à l'habillage		
Aide aux repas		
Continence urinaire		
Continence anale		

Locomotion	oui	non
Aide à la marche		
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Deux cannes		
Une canne		
Aucune aide		

Etat psychologique	oui	non
Sommeil de qualité		
Anxiété		
Tristesse		
Agressivité		

Addictions	oui	non
Héroïne		
Cocaïne		
Cannabis		
Alcool		
Autre		

Autres renseignements utiles, sans rapport avec la demande d'admission (déficit auditif, déficit visuel etc.....) :

.....

.....

Avis du médecin de structure LHSS

Décision du Directeur des LHSS