



Accueillir - Abriter - Accompagner

Lits Halte Soins Santé (LHSS) classiques
12 avenue de Verdun – 41000 Blois
Tél : 02 54 78 44 77
Courriel : lhss.medecin@asld41.com

VOLET MEDICAL

Le volet médical est à envoyer soit :

- par voie postale sous pli confidentiel portant la mention « confidentiel, à l'attention du médecin responsable des LHSS » à :
Association d'Accueil, de Soutien et de Lutte contre les Détreesses (ASLD41)
Lits Halte Soins Santé (LHSS)
12 avenue de Verdun - 41000 BLOIS
- par mail à : lhss.medecin@asld41.com

Volet médical

1°/Identité du candidat :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Âge :

Sexe : Masculin Féminin Autre

Tél : __/__/__/_/___

Mail :@.....

2°/Établissement instruisant la demande :

Identification de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Service :

Tél : __/__/__/_/___@.....

Cadre de santé :

Tel : __/__/__/_/___@.....

Assistant de service social :

Tél : __/__/__/_/___@.....

Médecin instruisant la demande :

Nom :

Prénom :

Tél : __ / __ / __ / __ / __ Fax : __ / __ / __ / __ / __

Mail@.....

3°/Pathologies somatiques motivant la demande : (Compte rendu médical à joindre en pièce jointe)

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Soins actuels :

Soins infirmiers : Oui Non

Prescription :

Durée prévisible :

Fréquence :

Pansements : Oui Non

Localisation :

.....

.....

4°/Antécédents notables :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

.....

Nature des troubles et incidence dans la vie quotidienne :

Stabilisé : Oui Non

Psychiatre référent :

Tél : __ / __ / __ / __ / __@

Psychologue référent :

Tél : __ / __ / __ / __ / __@

Suivi : Lieu :

Fréquence :

Traitement médicamenteux :

Oui Non

Allergies :

Oui Non

Lesquelles :

.....
.....

5°/ Addiction :

Oui Non

Tabac Alcool Médicaments Autres (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.)

Préciser :

Traitements substitutifs aux opiacés :

Oui Préciser : Non

Suivi : Oui Non

Personne référente :

Tel : __ / __ / __ / __ / __@

Lieu :

Fréquence :

6°/Information du patient :

Est-il informé sur :

Le diagnostic : Oui Non

Le pronostic : Oui Non

7°/Evaluation du patient

Mobilité	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Marche à l'aide d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement orthopédique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altération des fonctions supérieures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Alimentation	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Mixé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Élimination	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Continent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomie :	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
- Aide à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aide aux repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de médicament	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

