



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE**

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

Dossier admission à envoyer à

s.guillou@cordia.asso.fr – al.jarnoux@cordia.asso.fr – s.gautier@cordia.asso.fr

DISPOSITIF DEMANDÉ :

LHSS

LHSS Hors Les Murs

VOLET SOCIAL

Établissement instruisant la demande :

Adresse :

Tel/mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom – Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Sexe Masculin Féminin autre

Numéro de téléphone :

Situation familiale :

Profession.....

Conditions d'hébergement actuelles :

SDF Amical Familial Structure d'hébergement :

Autre :

Nationalité : Française UE Autre :

Langue parlée :

Nature du titre de séjour et validité :



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION LITS HALTE SOINS SANTE

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

RÉFÉRENCE SOCIALE

Nom du professionnel :Organisme :

Tel :

Mail :

Autre intervenant.....

Nous vous informons que le référent social identifié ci-dessus devra poursuivre son accompagnement tout au long du séjour de la personne à Cordia.

COUVERTURE SANTÉ

N° de sécurité sociale

Carte vitale oui non

SS de base PUMA AME Mutuelle CSS ALD

En cours Aucun droit

RESSOURCES

Salaire RSA AAH Invalidité I.J. Retraite ARE

Autre :.....

Montant.....

Sans ressources Démarches en cours

Numéro allocataire CAF.....

Caisse.....

MESURE DE PROTECTION

Si la personne bénéficie d'une mesure de protection, de quel type :

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Demande en cours

Coordonnées organisme de protection :

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



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE**

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

**AUTRES RENSEIGNEMENTS (vie
sur le collectif, habitudes, etc.)**

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

Dans le cadre du LHSS Hors Les Murs :

Le demandeur a-t-il un animal :.....

Existe-t-il un carnet vaccinal pour cet animal : non oui Nom et coordonnées du vétérinaire :

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



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE**

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

Pathologie principale :

.....

.....

.....

.....

.....

Projet médical prévu sur le LHSS :

.....

.....

.....

.....

Pathologies psychiatriques :

.....

.....

Existe-t-il un suivi ? non oui Nom et coordonnées du médecin référent :

.....

.....

.....

Troubles du comportement (nature et incidences dans la vie quotidienne) :

.....

.....

.....

.....

Troubles cognitifs (nature et incidences dans la vie quotidienne) :

.....

.....

.....



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE**

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

Addictions :

Existe-t-il un suivi ? non oui Nom et coordonnées du médecin référent :.....

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

Antécédents médicaux :

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

Allergies :

.....

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS

NOM DU MEDICAMENT (EN LETTRE MAJUSCULE)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du TTT (jrs/sem/mois)



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

La personne est-elle autonome dans la prise
du traitement ? Oui Non

La personne est-elle observante de son traitement ? Oui Non

SUIVI DE SOINS

RDV de consultations	Examens prévus	convalescence

SOINS PARAMEDICAUX

Quels soins ? IDE ? kiné ?	Nombre de fois par jour	Durée prévue/prévisible



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION LITS HALTE SOINS SANTE

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

GRILLE D'AUTONOMIE

1. COHERENCE (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	Normale	A
	Partiellement perturbée	B
	Totalement perturbée	C
	Démence diagnostiquée	D
2. ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE	Normale	A
	Orienté avec aide	B
	Désorientation épisodique	B
	Désorientation totale	C
3. HUMEUR, COMPORTEMENT	Normale	
	Apathie, dépression	
	Agitation, agressivité	
	Cris	
	Fugue	
	Commentaires	
4. TOILETTE, HYGIENE	Seul (haut et/ou bas)	A
	Aidé (haut et/ou bas)	B
	Ne fait pas	C
5. HABILLAGES	Seul (haut, bas, ceinture...)	A
	Aidé (lacets, boutons...)	B
	Ne fait pas	C
6. ALIMENTATION, HYDRATATION	Seul	A
	Aidé	B
	Ne fait pas	C
	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition	
Régime alimentaire		
7. ELIMINATION	Continence urinaire et fécale	A
	Incontinence occasionnelle (J/N)	B
	Incontinence Totale	C
8. LOCOMOTION	Adaptée	
	Déambulation inadaptée	
	Chutes fréquentes	
9. TRANSFERT (lit/fauteuil)	Fait seul	A
	Avec aide	B
	Ne fait pas	C
10. DEPLACEMENT A L'INTERIEUR	Fait seul	A
	Avec aide d'une personne	B
	Avec canne ou déambulateur	
	En fauteuil roulant	
	Ne fait pas ou grabataire	C
11. DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR (de la porte d'entrée sans moyen de transport, à pied)	Fait seul	A
	Avec aide	B
	Ne fait pas	C
12. COMMUNICATION A DISTANCE (téléphone, sonnette, alarme)	Fait seul	A
	Avec Aide	B
	Ne fait pas	C
13. DOULEUR	Physique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (localisation) - -	
	Morale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (anxiété, pleurs, dépression)	

Date et signature + cachet du médecin :



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
LITS HALTE SOINS SANTE**

11 rue Franck Lapeyre – 17000 LA ROCHELLE

Tél. LHSS : 09 72 65 54 25

Tél. LHSS Hors Les Murs :

Joindre impérativement une copie des ordonnances des traitements en cours +/- compte rendus médicaux

Merci d'indiquer ci apres les PJ :

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