



**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 :

PARCOURS DE LA PERSONNE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEMARCHES SOCIALES EN COURS / PROJET ENVISAGÉ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**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 :

VOLET MEDICAL

Joindre sous pli confidentiel

Etablissement instruisant la demande :

Adresse :

Nom du médecin :

Tél. / Mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Nom – Prénom : | | |
| Date de naissance : / / | Sexe : <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre |
| Lieu de naissance..... | | |
| N° de Sécurité Sociale : | | |

MEDECIN TRAITANT

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui, Nom et coordonnées du médecin : |
| |

MOTIF(S) MEDICAUX D'ADMISSION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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) - | |
| | (anxiété, pleurs, dépression) | |
| | Morale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

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 :

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