

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION EN LHSS (Lits Halte Soins Santé)

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur des LHSS

Date : __/__/__

Nom du médecin : Téléphone :

Identité du demandeur :

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date de naissance : __/__/____
Age :

Réservé au service LHSS

N° de Dossier :
.....
Avis motivé
.....

➤ Hôpital référent :
➤ Service :
➤ Médecin référent :
➤ Médecin de ville :

DONNEES MEDICALES

Pathologie(s) motivant la demande :

➤ Date de début (découverte) :

➤ Evolutive Stabilisée :

➤ Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques) :

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

Traitement(s) :

En cours :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologie(s) associée(s) :

➤ HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO... oui non

Si oui, préciser lesquelles :

Traitements :

➤ Troubles psychiques et/ou psychiatriques oui non

Si oui, - traitement médical prescrit : oui non

- préciser la nature du traitement :

.....

- suivi psychothérapeutique oui non

➤ Conduites addictives : oui non

Si oui, lesquelles :

Types de substitution : depuis quand ? :

Suivi en centre spécialisé : oui non / en médecine de ville : oui non

➤ Allergies connues :

➤ Problèmes dermatologiques :

Problèmes de santé autres :

Problèmes dentaires :

Autres :

Rendez-vous et contrôles prévus : (type / date) :

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

Antécédents médicaux (Chirurgicaux, psychiatriques, familiaux ,...):

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

Autonomie :

➤ Indice de Karnofsky :

➤ Déficience retentissant sur l'autonomie ?

Déficit moteur non modéré important

Déficit des fonctions supérieures non modéré important

Fauteuil roulant non temporaire

Déambulateur / cannes non temporaire permanent

➤ Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

Pour la toilette non ponctuelle permanente

Pour la prise du traitement non ponctuelle permanente

Pour la prise des repas non ponctuelle permanente

Autre (préciser) :

.....

Nécessité de prise en charge spécifique

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

Commentaire : (grossesse, observance du traitement, état général...)

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

Joindre si possible les documents suivants :

- Dernières biologies
- Compte rendu spécialisé (dont psychiatrique si concerné)
- Ordonnance des traitements en cours
- Un compte rendu d'hospitalisation sera attendu avec la personne à sa sortie d'hospitalisation si la demande est acceptée.

Signature et cachet du médecin :