

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 psychothérapique ☐ 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 :