



Lits Haltes Soins Santé (L. H. S. S.)

Centre d'Accueil Intercommunal

12, rue Henri TARZE

38000 Grenoble

@: lhss@ccas-grenoble.fr

☎ : 04.76.46.58.23

Fax : 04.76.46.58.24

Docteur Aline PROST

1.- DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE L. H. S. S.

L'objectif général des lits haltes soins santé (L.H.S.S.) est de répondre aux besoins médicaux de femmes, d'hommes, d'enfants sans domicile dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation. Ils bénéficient d'un passage médical 3 fois par semaine et infirmier 1 fois par jour. C'est un service médico-social avec un règlement intérieur et des règles de prise en charge strictes (visites médicales, sorties, repas etc...). Le temps d'accueil est d'une durée de 2 mois maximum, renouvelable une fois sur avis médical.

Ce service n'est en aucun cas un service d'hébergement

**TOUTE DEMANDE NON ACCOMPAGNEE D'UN COMPTE-RENDU MEDICAL
DETAILLE DES PAPIERS D'IDENTITES ET DOCUMENTS DE COUVERTURE
SOCIALE NE SERA PAS ETUDIEE !**

Votre demande sera examinée par la commission d'admission composée du médecin coordonnateur, de la directrice de l'établissement et de l'ensemble de l'équipe LHSS les lundis. Elle doit comporter la fiche de demande d'admission, la fiche médicale et le bilan social ci-joints.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

Cette fiche est à envoyer par Mail : lhss@ccas-grenoble.fr ou par Fax

Date de la demande :

NOM / Prénom :

Homme ☐

Femme ☐

Enfant ☐

Date de naissance : / / **Lieu de naissance :**

Domiciliation administrative :

.....

Entourage familial :

.....

2.-FICHE MEDICALE

NOM/Prénom/Age :

Anamnèse et Diagnostic médical motivant la demande d'admission L.H.S.S. :

Traitements prescrits :

(Merci de joindre la dernière ordonnance avec date de début et durée prévue des traitements.)

Antécédents / Co-morbidité :

Suivi psychiatrique : oui ☐ non ☐

Addiction : oui ☐ non ☐ **Substitution :** oui ☐ non ☐

Vaccinations :

Rendez-vous prévus :

Prises en charge :

Infirmière:.....

Kinésithérapie:.....

Autre(s):.....

Mobilité		Autonomie	
Marche seul	oui / non	Aide à la prise du traitement	oui / non
Marche à l'aide d'une canne	oui / non	Aide à la toilette	oui / non
Marche à l'aide d'un déambulateur	oui / non	Aide aux repas	oui / non
Fauteuil roulant	oui / non	Incontinence.....	

Médecin adresseur :

NOM / Prénom :

Téléphone : Fax : @ :

Autres Médecins :

NOM / Prénom :

Téléphone : Fax : @ :

Service Hospitalier :

NOM :

Téléphone : Fax : @ :

3.- **BILAN SOCIAL**

NOM/Prénom/Age :

Nationalité : **Langue parlée** :

Lieu de provenance :

.....

Statut :

.....

Type de logement/hébergement actuel avec durée en mois :

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

Types d'assurance maladie :

Régime		Complémentaire		Autre régime
Régime Général		Mutuelle		
CMU Base		CMU Complémentaire		
AME		SANS Complémentaire		
AME hospitalière		ALD		
SANS Assurance				

Ressources :

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

C.N.I.	oui / non	Titre de séjour	oui / non	Demande d'asile	oui / non
Valide / Périmé		Valide / Périmé			
Mesure de protection		Tutelle / Curatelle			

Suivi social / Démarches en cours :

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

Coordonnées de l'Assistant(e) social(e) ou autre Travailleur social :

NOM / Prénom :

Tél : Fax :

@ :