



Dossier téléchargeable sur solidarites-grenoble.fr

A renvoyer par mail@: litshaltesoinssantegrenoble@aura.mssante.fr

Tél. : 04 76 23 28 42

Demande unique d'admission en Lits Halte Soins Santé

SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE (à remplir par un travailleur social)

Nom

Prénom.....

Date de naissance.....

Nationalité.....Langue parlée.....

Adresse.....

.....

Téléphone.....

Couverture maladie :

☐ PUMA ☐ C2S ☐ AME ☐ ALD ☐ Mutuelle

Ressources actuelles :

Mesures de protection judiciaire : ☐ OUI ☐ NON

Type de mesure :

Situation administrative :

Titre de séjour : ☐ OUI ☐ NON

Demande en cours : ☐ OUI préciser :.....
 ☐ NON

[illegible]

Situation administrative :

Titre de séjour : ☐ OUI ☐ NON

Demande en cours : ☐ OUI préciser :.....
 ☐ NON

Résumé de la situation sociale

[illegible]

Orienté par

Etablissement

.....
.....

Travailleur social référent (Nom, téléphone, adresse mail)

.....
.....

Médecin adresseur (Nom, téléphone, adresse mail)

.....
.....

Autres médecins (Nom, qualité, téléphone, adresse mail)

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

Je soussigné(e)

suis informé(e) qu'une demande en Lits Halte Soins Santé est faite, que des informations concernant les aspects administratifs et médicaux sont transmises avec cette demande et suis d'accord pour intégrer un service d'accompagnement médico-social.

Signature de la personne demandeuse

SITUATION MEDICALE (à remplir par le médecin, joindre les rapports médicaux)

Diagnostic actuel motivant la prise en charge

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux datés

.....

.....

.....

Addiction ☐ OUI préciser.....
 ☐ NON

Prise en charge :

Substitution ☐ OUI
 ☐ NON

Bactéries multirésistantes :

Nécessité d'isolement ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Trouble ou pathologie psychiatrique ☐ OUI ☐ NON

Suivi en cours ☐ OUI ☐ NON

.....

Traitement en cours

.....

.....

.....

.....

Nature des soins infirmiers

.....

.....

.....

.....

Motricité	Sphincters	Comportement	Alimentation	Toilette
☐ Autonomie	☐ Normaux	☐ Normal	☐ Autonome	☐ Autonome
☐ Cannes	☐ Incontinence urinaire	☐ Dépressif	☐ Aide partielle	☐ Aide partielle
☐ Fauteuil	☐ Incontinence fécale	☐ A stimuler	☐ Aide totale	☐ Aide totale
☐ Alité	☐ Sonde à demeure	☐ Agité	☐ Mixé	
		☐ Désorienté		

Rendez-vous prévus

.....

.....

.....

.....

Quel est le projet de soins du patient ?

.....

.....

.....

.....

.....
