

**Demande de pré-admission à faxer ou mailer à l'attention de
l'équipe de Direction et du Médecin
Fax: 04.95.06.23.92 / Email: service-admission.fontainieu@groupe-sos.org**

1. Public accueilli :

Toute personne sans abri de plus de 18 ans, sans autre limite d'âge, dont la pathologie ou l'état général nécessite des soins infirmiers, mais non une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée.

Les couples sont acceptés.

L'admission est ouverte quelle que soit la situation administrative.

De manière exceptionnelle, et afin d'éviter des séparations traumatisantes, un accompagnant, en fonction des places disponibles, pourra également être accueilli.

Les animaux ne sont pas admis pour des raisons d'hygiène.

2. Décisions d'admission

L'admission du demandeur est placée sous condition d'avis médical favorable du Médecin du LHSS Fontainieu.

L'équipe de Direction prononce la décision d'admission, selon examen de la situation du demandeur au regard des objectifs et des moyens du LHSS Fontainieu définis au projet d'établissement.

3. Les soins suivants ne peuvent être assurés au sein des LHSS :

- Perfusions
- Seringue électrique
- Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable intermittente
- Oxygénothérapie
- Dialyse péritonéale
- Tout geste invasif : prélèvement biopsique, examen spécialisé au lit du malade, ponction...
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale
- Personne grabataire
- Personne sous alimentation entérale continue

4. Durée du séjour :

La durée du séjour est corrélée à la durée des soins dans un délai maximal de deux mois. Elle est adaptée au cas par cas selon les spécificités de chaque personne accueillie.

5. Accueil :

L'accueil à lieu du lundi au jeudi de 14h00 à 16h30 et pour des raisons d'habitat, le patient est limité à 3 bagages.

6. Pièces à joindre impérativement au dossier :

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultat d'examens médicaux
- Rapport social

En l'absence des éléments demandés, le dossier ne sera pas pris en compte.
Merci de bien vouloir renseigner tous les items contenus dans ce dossier, tout dossier incomplet sera non traité ou renvoyé à l'expéditeur



Orienté par

Etablissement :	Médecin : Dr
Service :	Tél. :
Référent sanitaire :	Référent social :
Tél. :	Tél. :
Fax. :	Fax :
Date d'entrée souhaitée :	

Identification du patient

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nationalité :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Langue parlée :		Profession :
Domiciliation :		Hébergement :
Personne : isolée <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> accompagnée* <input type="checkbox"/>		
<i>*pour l'accompagnant joindre une demande d'admission supplémentaire</i>		

Informations administratives

N° S.S. : /	Centre paiement :
Couverture sociale actuelle :	
Base <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> CMUC <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Fiche liaison PASS <input type="checkbox"/>	
N° CAF :	Centre paiement :
Documents d'identité en possession de la personne :	
Titre de séjour éventuel :	
Ressources actuelles :	
Mesure de protection judiciaire : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Type de mesure :	
Coordonnée organisme de protection :	
Projet en cour ou à venir : (orientation à la sortie...etc.)	
.....	



Informations médicales à remplir par le médecin du service

<p>Motif(s) médicaux d'admission :</p> <p>Antécédents :</p> <p>Allergies :</p> <p>Addiction(s) :</p>	<p>Etablissements déjà sollicités :</p> <p>Pathologie(s) intercurrentes :</p> <p>Handicap(s) :</p> <p>Bactéries Multi Résistantes :</p> <p>Tuberculose :</p>				
<p>Trouble(s) ou pathologie(s) psychiatrique/psychologique :</p>					
<p>Traitement(s) en cours :</p> <p>Observance :</p>	<p>Soins infirmier cours :</p> <p>Kinésithérapie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p><u>Motricité</u></p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p><u>Sphincters</u></p> <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> sonde à demeure </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p><u>Comportement</u></p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> Désorienté </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <p><u>Alimentation</u></p> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale </td> </tr> </table> <p>Régime alimentaire à préciser :</p>		<p><u>Motricité</u></p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité	<p><u>Sphincters</u></p> <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> sonde à demeure	<p><u>Comportement</u></p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> Désorienté	<p><u>Alimentation</u></p> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale
<p><u>Motricité</u></p> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Alité	<p><u>Sphincters</u></p> <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> sonde à demeure	<p><u>Comportement</u></p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> Désorienté	<p><u>Alimentation</u></p> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale		



Rapport social à remplir par le service social du service

CONFIDENTIEL

L'établissement de santé ou le médecin prescripteur s'engagent à transmettre des informations médicales et sociales complètes et authentiques, et tenant compte notamment des soins que le LHSS Fontainieu n'a ni mission ni moyens d'assurer, compte-tenu de ses objectifs et du projet d'établissement.

Date :

Signature (obligatoire) :