

Si pathologie non VIH :

- **Date de début (découverte) de la maladie :**
- **Évolutive :**..... **Stabilisée :**.....
- **Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)**

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

Traitements (antirétroviral ou autre au moment de la candidature) :

- **Sans traitement**

- **Bi thérapie**

- **Tri thérapie**

- **Quadri thérapie**

- **Autre (préciser)**

.....
.....

Pathologie(s) associée(s)

- **Hépatites :**

- hépatite B

DNA Viral : + -

- hépatite C

PCR : + -

Génotype :

- Autre ? laquelle :

- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats :

- traitements ?

- **Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique** oui non lequel :

si oui, - traitement médical prescrit oui non

- préciser la nature du traitement :

.....

- suivi psychothérapique oui non

- **Conduites addictives / Alcool** oui non

si oui, préciser lesquelles :

.....

type de substitution : depuis quand ? :

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

- **Autres (HTA, IRC, diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...)** oui non

si oui, préciser lesquelles et traitements prescrits :

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

Autonomie

- _ Indice de Karnofsky :
 - _ Déficience retentissant sur l'autonomie ?
 - déficit moteur non modéré important lequel :
 - déficit des fonctions supérieures non modéré important lesquelles:
 - fauteuil roulant non temporaire permanent
 - déambulateur / cannes non temporaire permanent
 - Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?
 - à la toilette non ponctuelle permanente
 - à la prise du traitement non ponctuelle permanente
 - à la prise des repas non ponctuelle permanente
 - autre
- Si oui, préciser :

Nécessité de prise en charge spécifique

Date, signature et cachet du médecin

Non Soins à domicile Hospitalisation à domicile

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

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

Joindre un rapport médical, si possible ++

Date, signature et cachet du médecin

Dossier social type de demande d'admission en Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

(Ne pas remplir)

<u>Etablissement instruisant la demande</u>	
<u>Nom et qualité du travailleur social</u>	
<u>Coordonnées</u>	

<i>Réservé au service LHSS</i>	<i>N°</i>
<i>Date réception</i>	<i>Date réponse</i>
<i>Compte-rendu médical</i>	<i>oui/non</i>
<i>Avis de l'équipe</i>	

Type d'hébergement LHSS demandé

<input type="checkbox"/> Collectif	<input type="checkbox"/> Semi-collectif	<input type="checkbox"/> Individuel
------------------------------------	---	-------------------------------------

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en LHSS

Nombre de malade(s) :		Nombre d'accompagnant(s)* :	
-----------------------	--	-----------------------------	--

Etat Civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Nom		
Prénom		
Téléphone		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité. Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...)		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle/curatelle		

Etat Civil du (des) enfants(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			oui	non	

* accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Type de logement/hébergement		

Facultatif : Coordonnées		
--------------------------	--	--

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire...)	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		

Charges

Nature	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Ressources

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Base (régime général, CMU)		
CMU Complémentaire / Mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation Sociale à joindre : Merci de compléter le document joint.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- Rapport médical, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure
- Lettre de motivation du demandeur

Signature du professionnel instruisant la demande :

EVALUATION SOCIALE :

Etablissement instruisant la demande :

Nom et qualité du référent social :

Merci d'indiquer tous éléments utiles à la demande d'admission en tenant compte des éléments suivants :

- 1) Contexte de la rencontre avec l'établissement instruisant la demande.
- 2) Situation actuelle du demandeur :
 - au regard des soins (qualité de l'observance des traitements ; nécessité d'accompagnements aux soins....)
 - au regard de sa situation sociale (autonomie dans les démarches ; réseau familial et relationnel....)
- 3) Demande de la personne dans le cadre de l'accueil en LHSS.
- 4) Projets, perspectives envisagés.
- 5) Autres.
