

LITS HALTE SOINS SANTE – LHSS

DOSSIER DE DEMANDE

D'ADMISSION

La demande d'admission est composée de deux volets : un volet social et un volet médical qui sont à envoyer aux adresses suivantes :

- mroy@afus16.fr (chef de service)
- lhss@ch-angouleme.fr (médecin référent)

Ou par courrier : AFUS16 - unité LHSS l'Estaple - BP 61024 - 16001 ANGOULEME cedex

A réception des deux documents, le médecin référent et les responsables de l'unité se coordonneront pour rendre un avis de décision. Tout dossier incomplet ne pourra être étudié.



LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE

Je soussigné Mr /Mme.....demande mon admission dans le dispositif « Lits Halte Soins Santé » géré par l'AFUS16. J'atteste avoir été informé des conditions de séjour et des obligations qui y sont rattachées (cf le livret d'accueil des Lits Halte Soins Santé).

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur au 25 mai 2018, j'autorise l'AFUS16 à enregistrer mes données personnelles dans un progiciel déclaré à la CNIL (Si-SIAO) et suis informé que je dispose d'un droit d'accès et de rectification en contactant l'AFUS16 à l'adresse suivante : BP 61024 16001 ANGOULEME CEDEX ou au 05.45.93.62.91.

Je peux à tout moment retirer mon consentement en informant le référent social de l'unité lits haltes soins santé.

Fait à.....,

le

Signature du demandeur

Signature du travailleur social

VOLET SOCIAL

**Ce volet est à remplir par un travailleur social ou par la
personne qui fait la demande d'admission**

Date de la demande :/...../.....

Situation Administrative Femme Homme**ETAT CIVIL**

NOM* : _____ Date de naissance* : _____

Prénom* : _____ Lieu : _____

Domiciliation : _____

Nationalité : _____ Profession : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ : _____

Situation familiale* : _____

Nombre d'enfants* : _____ Dont à charge* : _____

ANIMAL :OUI NON Si oui lequel : _____

Combien : _____ Comment se nomme-t-il ? _____

PIECES D'IDENTITE Carte d'identité Carte de séjour Passeport Livret de famille Récépissé Livret militaire Déclaration de perte Attestation Autres : _____**TYPE D'HEBERGEMENT** SDF Hébergé : famille, ami..... Foyer d'hébergement : _____ Autres : _____*** à remplir obligatoirement lors de la demande d'admission**



SITUATION SOCIALE

- S.S de base S.S + mutuelle P.U.M.A C.M.U.C
 A.L.D A.M.E A.M.E soins urgents Carte Vitale en cours

Couverture sociale : _____ N° d'assuré social : _____

Caisse nom et adresse : _____

Ouverture des droits : Date de début : _____ Date de fin : _____

RESSOURCES

- Salarié Retraite
 Allocation chômage - Date fin de droits : _____ Pension d'invalidité
 RSA Date renouvellement : _____ Indemnités journalières
 AAH Date renouvellement : _____ Autres : _____

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Institution ou service : _____

Par : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ Mail : _____@_____

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

- Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Exercée par :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ Mail : _____@_____

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

- Ami(e) Ascendant Descendant Autre _____ Sans

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ Mail : _____@_____

LES AIDANTS :

Noms	Prénom	Lien (Conjoint, fille, voisin...)	Qualité (Tuteur, curateur, etc...)	Adresse, Téléphone

LES HABITUDES DE VIE :

	PARTICULARITES
ALIMENTATION	
REGIME	
LOISIRS	
RYTHME DE VIE	
AUTRES	

VOLET MEDICAL

Ce volet est à remplir obligatoirement par un personnel soignant

Médecin orienteur : _____ ☎ : _____

DIAGNOSTIC MEDICAL / MOTIF DE L'ORIENTATION A CE JOUR (ACCOMPAGNE D'UN CERTIFICAT MEDICAL) :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

Médicaux : _____

Psychiatriques : _____

Chirurgicaux : _____

Allergie : NON OUI, à détailler : _____

ADDICTIONS :

Alcool NON OUI,

Tabac NON OUI,

Stupéfiants NON OUI,

Autres : _____



TRAITEMENTS : (joindre obligatoirement les prescriptions médicales en cours)

ANTERIEURS A L'ADMISSION :

NOM / DOSAGE	Voie d'administration	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Date : _____ Nom et signature du médecin : _____