



**l'ABRI**

l'humain au cœur de toutes nos actions

## Dossier médical de demande d'admission au sein du dispositif Lits Halte Soins Santé

- A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin des LHSS -

Association l'ABRI  
12 rue Jean Bouin  
27000 Evreux

Date de la demande d'admission : \_\_\_\_\_

Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Service orienteur : \_\_\_\_\_

### Renseignements administratifs du candidat

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Matricule CPAM : ☐ Non ☐ Oui Si oui n° : \_\_\_\_\_

Mutuelle / CMU C. : \_\_\_\_\_

100% ALD : ☐ Non ☐ Oui

Dernier lieu d'hébergement : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

## Référent médical

**Hôpital référent :**

**Service :**

**Médecin référent :**

**Téléphone :**

**Médecin de ville :**

**Téléphone :**

## Présentation de la pathologie

**Pathologie principale :**

**Pathologies autres :**

**Histoire de la (des) pathologie(s) invalidantes(s) :**

Date de début des troubles, origine, circonstance d'apparition, antécédents médicaux, chirurgicaux, ...

**Description clinique actuelle :**

## Perspectives d'évolution :

## Traitements, prises en charges thérapeutiques

### Nature et durée des traitements en cours :

Préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires...

### Prises en charge régulières :

- ☐ Hospitalisations itératives ou programmées
- ☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- ☐ Autres prises en charge paramédicales régulières
- ☐ Autre (*préciser*)

**Nature :**

**Fréquence :**

**Soins ou traitements nocturnes :** ☐ Non ☐ Oui (*préciser*)

### Appareillages :

- ☐ Appareil auditif
- ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant
- ☐ Orthèse, prothèse (*préciser*)
- ☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire
- ☐ Stomie digestive d'élimination
- ☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- ☐ Trachéotomie
- ☐ Appareil de ventilation (*préciser*)
- ☐ Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Préciser : Type, adaptation, circonstance d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance...

**Régimes alimentaires particuliers :** ☐ Non ☐ Oui (*préciser*)

**Adhésion du patient aux démarches de soins, observance :**

## Projet thérapeutique :

**Demande en cours auprès de la MDPH :** ☐ Non ☐ Oui (*préciser*)

Prestation de compensation, AAH, orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes...

## Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

**Mobilité :** maintien postural, déplacement, contrôle de l'environnement...

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 Pas de difficulté
- 2 Difficulté modérée (*préciser*)
- 3 Difficulté grave ou absolue (*préciser*)

**Communication :** orale, écrite, relation avec autrui...

**Conduite émotionnelle,** relationnelle...

**Cognition :** attention, mémoire, apprentissage, orientation dans le temps ou l'espace...

**Retentissement sur la sécurité :** gestion des situations à risque, capacité à discerner les dangers, mise en danger, besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs...

**Entretien personnel :** toilette, habillage, continence, alimentation,

1 2 3 4

- 1 Pas de difficulté
- 2 Difficilement ou avec aide technique
- 3 Aide humaine partielle
- 4 Aide humaine totale

Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas de difficulté, préciser :

**Vie quotidienne et vie domestique :** travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

**Retentissement sur la vie sociale et familiale :**

**Retentissement sur l'emploi, la formation :**

## Cursus du patient

**Cursus scolaire, formation, suivi spécialisé, ...**

## Conduites addictives

**Conduites addictives :**

☐ Non ☐ Oui

Si oui lesquelles :

☐ Substitution (*préciser*)

☐ Autres traitements éventuels (*préciser*)

☐ Suivi en centre spécialisé (*préciser*)

☐ Suivi en médecine de ville (*préciser*)

## Observations

**Date, signature et cachet du médecin**