

CONFIDENTIEL MEDICAL**DEMANDE D'ADMISSION EN
LITS HALTE SOINS SANTE – LITS D'ACCUEIL MEDICALISES**

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée en LHSS ou LAM :

IDENTITE DU MALADE

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

N° Sécurité Sociale :

N° Tel du patient :

NOM DU MEDECIN :

Tel :

ETABLISSEMENT :

CADRE DE SOINS :

Tel :

PATHOLOGIE PRINCIPALE (motivant la demande) :

PATHOLOGIES ASSOCIEES, ANTECEDENTS :

ADDICTIONS :

MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN LHSS/LAM :

PROJET DE SOINS A REALISER EN LHSS/LAM :

AUTONOMIE :

CONTINENCE : ☐ oui ☐ non

MOBILITE :

TRAITEMENTS EN COURS : (ou copie ordonnance de sortie)

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

Nom, signature et cachet
Du médecin prescrivant
l'admission en LHSS / LAM

FICHE DE LIAISON SOCIALE

Etat-civil de la personne orientée :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité :	
Situation familiale :	
Numéro de téléphone du demandeur :	
Pièce d'identité (validité et nature) :	
Titre de séjour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tutelle / Curatelle : Organisme – personne référente :	

Situation administrative de la personne orientée :

Réfèrent social :
Domiciliation ou adresse de la personne : <div style="text-align: right;">Demande en cours : oui/non</div>
Demande effectuée par (nom et qualité de la personne et de la structure) : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Tel : Fax : </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Mail : </div>

Ressources :

Nature :	Montant :

Couverture sociale de la personne orientée :

N° de S.S. :	Date de validité des droits
Base (régime général, CMU) :	
CMU complémentaire, Mutuelle :	
AME :	
100% ALD :	
Aide Complémentaire Santé :	
Médecin traitant déclaré :	

La personne est en possession de sa carte vitale : Oui ☐ Non ☐

La personne est en possession de son attestation de droits : Oui ☐ Non ☐

Autre démarches en cours ou effectuées :

--

Note sociale :

--