



**Lits Halte Soins Santé (L.H.S.S.), ANEF CANTAL**

**106 avenue de Conthe - 15000 Aurillac**

Les L.H.S.S. offrent une prise en charge médico-sociale aux personnes en difficultés, quelle que soit leur situation sur le territoire et dont l'Etat de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation mais nécessite des soins dans des conditions sanitaires satisfaisantes. Cette prise en charge s'exerce dans le cadre d'un accueil continu, d'une durée de 2 mois et dont le renouvellement est conditionné par un avis médical au même titre que l'admission.

**PUBLIC ACCUEILLI**

Toute personne majeure (homme/femme) sans domicile ou vivant dans un habitat précaire, quelle que soit leur situation administrative, ne relevant pas d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Les L.H.S.S. ne sont pas dédiés à une pathologie particulière.

La structure n'est pas habilitée à accueillir des personnes mineures.

**FONCTIONNEMENT DES LITS HALTE SOINS SANTÉ**

Le service Lits Halte Soins Santé est une structure médico-sociale, ouverte 24 heures/24, tous les jours de l'année.

Les locaux dédiés à l'hébergement se situent au 46, rue du Cayla 15000 AURILLAC. Ils correspondent à un petit collectif de 4 chambres individuelles, de sanitaires communs et d'une cuisine, salle à manger.

Les bureaux se situent au 106, avenue du Conthe 15000 AURILLAC.

L'équipe est constituée d'un directeur, d'une cheffe de services éducatif, d'un médecin, d'une coordinatrice, d'une infirmière, d'un travailleur social, et d'un agent d'entretien.

**La durée du séjour**

La durée réglementaire du séjour est de 2 mois, renouvelable pour raisons médicales.

Elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie.

**L'équipe médicale**

Un médecin est présent à hauteur de 3.5 heures par semaine.

Les soins infirmiers sont principalement assurés par l'infirmière du service. Il peut être convenu d'un partenariat avec un cabinet infirmier libéral si nécessaire.

**L'accompagnement social**

Un accompagnement social et administratif personnalisé est assuré par un travailleur social, afin d'accompagner le parcours de soins et la sortie du dispositif.

**Le service Lits Halte Soins Santé n'est pas :**

- Un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- EHPAD ;
- Un foyer d'hébergement ;
- Un service de postcure ;
- Un lieu de vie médicalisé type FAM ou MAS.

**Les soins suivants ne peuvent pas être assurés par le service :**

- Traitement administré par perfusion continue ou seringue électrique ;
- Oxygénothérapie ;
- Pansements douloureux nécessitant une analgésie centrale ;
- Alimentation entérale continue/dialyse péritonéale ;
- Soins de nursing lourds ;
- Tout gestes invasifs : prélèvement biopsique, ponction, examens spécialisés... ;
- Tout traitement administré autrement que par voie orale ou injectable de façon intermittente.

Les personnes ayant une perte d'autonomie ne permettant pas d'assurer leurs déplacements et transferts, ne peuvent être accueillies au sein du service L.H.S.S.

**CONSTITUTION DU DOSSIER**

Vous envisagez de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission pour une personne présentant une problématique médicale et une problématique sociale liée au logement.

Ce dossier se compose de 2 volets qui doivent être dûment complétés et signés :

- **Volet social**
- **Volet médical**

L'équipe des Lits Halte Soins Santé se tient à votre disposition pour toutes précisions.

**Procédure d'admission :**

- Les demandes d'admission sont étudiées par l'équipe pluridisciplinaire chaque semaine.
- La situation du demandeur est étudiée au regard des objectifs et des moyens du service Lits Halte Soins Santé.
- La décision est actée par le médecin responsable du service.
- En fonction des places disponibles, il est possible que le demandeur soit mis sur une liste d'attente ;
- Sans relance médicalement justifiée, le dossier sera classé sans suite au bout de 2 mois.

**Documents à joindre impérativement au dossier :**

- Comptes rendus médicaux (consultations, hospitalisations...)
- Résultats d'examens médicaux ;
- Ordonnances des traitements en cours (à faxer 48h avant l'admission) ;
- Les rendez-vous programmés ;
- Attestation de droits CPAM et mutuelle (si possible).

**Tout dossier incomplet sera non traité.**

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION LHSS ANEF CANTAL

### Dossier à compléter et à envoyer au :

Lits Halte Soins Santé, ANEF CANTAL  
106 avenue de Conthe,  
15000 AURILLAC

☎ Téléphone : 04.71.47.99.32.

☎ Portable : 06.07.34.71.69.

Email : lhss@anef15.fr

Réservé LHSS

Date de réception :

Personnes qui traitent la demande :

### Coordonnées du service prescripteur de la demande

Adresse :

☎ Téléphone :

Email :

Nom et fonction du prescripteur :

Date de début du suivi du demandeur :

### VOLET SOCIAL

#### Etat civil

Nom, prénom :

Domiciliation :

☎ Téléphone :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Dont, à charge :

#### Situation sociale de la personne

Numéro de sécurité sociale :

n° clé :

Régime :

Sécurité sociale de base

Sécurité social + mutuelle

CMU-C

PUMA

A.C.S.

A.M.E

En cours

Aucun

Autre  .....

Ouverture de droit :                      Date de début : ..... Date de fin : .....

Situation sur le territoire : .....

---

### Type d'hébergement et de logement de la personne

Amical

Familial

Institutionnel/associatif

S.D.F.

Habitat précaire

Autres : .....

---

### Ressources

Indemnité pôle emploi

RSA

A.A.H.

Invalidité

Indemnités journalières

A.T.A.

Aucune

Autres  : .....

Montant des ressources : .....

Numéro allocataire CAF : .....

Identifiant Pôle Emploi : .....

---

### Suivi social extérieur

Noms des travailleurs sociaux :

Adresses / numéro de téléphone / organismes :

Mesures de protection en cours ou effectives :

Aucune

Sauvegarde de justice

Curatelle : simple  renforcée

Tutelle

MASP

Autre

---

### Divers

Animaux de compagnie :    Oui     Non     Race : .....

Consommation tabac :            Oui     Non

Autres consommations (alcool, drogues) :    Oui     Non  Lesquels : .....

Commentaires :

.....  
.....

---

## Présentation de la problématique

Démarches en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## Pièces à fournir

Documents pouvant-être demandés lors de l'entretien d'admission :

- ✓ Pièce d'identité
- ✓ Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle

**Visa Travailleur Social :**

**VOLET MEDICAL**

**(A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL)**

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

---

**Entrée :**

<i>A la demande</i>	<i>Coordonnées</i>
<input type="checkbox"/> De l'intéressé	
<input type="checkbox"/> Du médecin traitant	
<input type="checkbox"/> De la famille	
<input type="checkbox"/> Du délégué mandataire	
<input type="checkbox"/> D'un établissement	
<input type="checkbox"/> Autre	

Motif(s) de la demande d'entrée : (Projet de soins pour la durée du séjour ou raisons médicales motivant la demande.)

.....

.....

.....

---

**Histoire de la maladie**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Situation de soins

### Antécédents :

Médicaux	
Chirurgicaux	
Psychiatriques	
Familiaux	
Vaccins	
Allergies	

Traitements en cours : Joindre obligatoirement les prescriptions en cours ou de sortie

Observance des traitements : Oui  Non  Aide à la prise du traitement ?.....

ALD :  OUI : préciser :.....  NON

Médecin traitant : .....

### Suivi médical / Paramédical :

Psychologique : .....

Gynécologique : .....

Dentaire : .....

Ophthalmologique : .....

Kinésithérapie : .....

Infirmier : .....

Addictologie : .....

Autre : .....

## Bilan d'autonomie

<b>Etat cognitif</b>	Troubles de la mémoire Orientation dans le temps et l'espace Cohérence du discours Troubles du comportement  Commentaires .....	Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Mobilisation</b>	Aide aux transferts Aide au lever Aide au coucher Aide aux déplacements  Aide à l'habillage Aide au déshabillage Matelas anti-escarre Lit médicalisé  Commentaires .....	Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Aide humaine <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : préciser : ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Hygiène corporelle</b>	Toilette haut Toilette bas Se raser, se coiffer  Commentaires .....	Fait seul <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Elimination</b>	Continence urinaire Continence fécale Porte des protections Sonde urinaire Poche stomie  Commentaires .....	Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



<b>Alimentation</b>	Régime particulier .....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Manger	Fait seul <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
	Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réchauffer les plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Commentaires .....			
<b>Sommeil</b>	Troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Commentaires .....			
<b>Etat sensoriel</b>	Déficiência visuelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Déficiência auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Commentaires .....			

Soins ou surveillance IDE en cours :

.....  
.....

Visa du professionnel de santé :

**Avis du médecin coordinateur des LHSS**

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

Fait le :

Signatures :

**Directeur**

**P/O Médecin**

**Infirmière**

**Travailleur Social**

