

Demande d'admission pour un lit halte soins santé
 LHSS ACT ACT hors les murs

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

(A adresser sous pli fermé au médecin du service)

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ././ ____

Domiciliation ou région d'origine: _____

SDF Mal logé (préciser) _____

Personne à prévenir en cas d'accident: _____

Nom et adresse du médecin généraliste ou référent du patient: _____

Spécialistes éventuels (y compris psychiatres): _____

<p>Date : ____/____/____</p> <p>Nom et fonction du signataire :</p> <p>_____</p> <p>Signature :</p>	<p align="center">Tampon du service ou médecin prescripteur</p>
---	---

Cadre réservé au service LHSS et ACT de la SDAT

Date de réception : ____/____/____ Nom du médecin : _____

Avis du médecin : _____

ELEMENTS CLINIQUES SOMATIQUES

Antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatiques: _____

Eléments cliniques actuels: _____

Autonomie :

- **Médicale :**

- + Motricité : Autonome Béquilles Fauteuil Alité
- + Elimination : Continent Incontinence urinaire Incontinence fécale Sonde permanente
- + Comportement : Normal Déprimé Agité A stimuler
- + Régime Alimentaire : Classique Spécifique (à préciser)

- **Vie Quotidienne :**

- + Toilette : Autonome A stimuler Doit être aidé
- + Habillage : Autonome A stimuler Doit être aidé
- + Confection des repas : Autonome A stimuler Restauration collective nécessaire
- + Orientation dans l'espace : Autonome Restreinte Risque de se perdre
- + Orientation dans le temps : Autonome, limitée Défaillante

Traitement somatique en cours: _____

Avis sur l'état général du patient :

ELEMENTS PSYCHIATRIQUES

Antécédents Psychiatriques (hospitalisation, diagnostic éventuel...): _____

Antécédents Addiction (Produit ; parcours de soins ; abstinence ?): _____

Traitement en cours: _____



Fait le : ___/___/___

Nom et fonction du signataire : _____

Signature