

## DEMANDE D'ADMISSION HALTE SANTE - CHU TOULOUSE

<b>DEMANDE EFFECTUEE PAR (NOM-STRUCTURE) :</b>  Tel :  Fax :  Mail :  Autres demandes de LHSS :	Date de Réception :  <hr/> Avis de l'équipe et date de la réponse :
Suivi de la demande :	

### 1. FICHE SOCIALE

**Date :**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
Date de naissance :	
Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>	
Situation familiale :	
La personne est-elle consentante à l'entrée en LHSS :      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nationalité : Française      CEE      Autre	
Si autre préciser laquelle :	Date d'entrée en France :
Coordonnées de l'interlocuteur/ référent social :	
Nature du titre de séjour et durée de validité :	
Nature et dates des démarches en cours :	
Nature et dates des démarches à venir :	

**DEMANDE D'ADMISSION HALTE SANTE - CHU TOULOUSE**

SI LE DEMANDEUR BENEFICIE D'UNE MESURE DE PROTECTION :

Nature de la mesure :

Date de validité :

Nom et adresse du mandataire :

HEBERGEMENT ACTUEL :

Type de structure :

Coordonnées :

RESSOURCES :

Salaire :

RSA :

Retraite :

AAH ou Pension d'invalidité :

Autres (préciser) :

DROITS :

N° SS :

Organisme :

PUMA : OUI  NON

Mutuelle : OUI  NON

ALD : OUI  NON

CMUC : OUI  NON

Soins urgents et vitaux : OUI  NON

AME : OUI  NON

Dossier MDPH : OUI  NON

En cours  Acquis

N° de dossier MDPH :

Autres :

Y a-t-il eu des demandes en structures (EPHAD, FAM, SSR, SAMSAH etc ....) :

Faire mention des démarches inabouties :

Motifs de refus :

**DEMANDE D'ADMISSION HALTE SANTE - CHU TOULOUSE**

**2. FICHE MEDICALE**

**date :**

**Motif ou pathologie principale** d'admission en LHSS :

Stabilisé : OUI       NON

La personne est-elle informée sur le diagnostic :      OUI     NON

**Objectif attendu du séjour LHSS :**

**Pathologies associées et antécédents :**

**Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :**

Stabilisé : OUI       NON

**Problèmes d'addictions :** OUI       NON

Type de dépendance : Alcool     Tabac     TSO     Drogues injectées     Drogues sniffées

Suivi en addictologie :    OUI     NON       Lieu et fréquence du suivi :

Référent :

## DEMANDE D'ADMISSION HALTE SANTE - CHU TOULOUSE

AUTONOMIE :

Degré d'autonomie	Autonome	Aide partielle	Aide complète	Autre
Déplacements				
Transferts				
Faire sa toilette				
Habillage				
Aller aux toilettes				
Alimentation				
Présence d'appareillages				

TRAITEMENTS ACTUEL :

Nom du médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement



## DEMANDE D'ADMISSION HALTE SANTE - CHU TOULOUSE

Autonomie de la prise de traitements :      Oui       Non

SOINS :      Oui       Non

Si oui **précisez le type de soins** :

Médecin traitant:

Autres commentaires :

Date, signature et cachet du médecin :