



**A.E.R.S.**  
Association d'Entraide  
et de Reclassement Social

# Pôle Santé Solidarité de l'AERS

## Demande d'admission en LHSS

### VOLET MEDICAL

A renvoyer par mail, avec le volet social, à l'adresse :  
[lhss@aers-asso.fr](mailto:lhss@aers-asso.fr)

Article D312-176-1 du code de l'action sociale et des familles :

Les LHSS accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par 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. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Etablissement instruisant la demande :

Adresse : .....

Tél/Fax/Mail : .....

Nom du médecin : .....

Cadre réservé à l'AERS :

N° dossier :

Reçu le :

Retour fait le :

### AUTRES REFERENTS MEDICAUX (MT, hospitalier, IDEL...)

**Nom / Prénom :** .....

Structure : .....

Coordonnées : .....

**Nom / Prénom :** .....

Structure : .....

Coordonnées : .....

**Nom / Prénom :** .....

Structure : .....

Coordonnées : .....

### IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : ... / ... / ...

Genre :  H  F  T

N° de sécurité sociale : .....

### MOTIF(S) MEDICAUX D'ADMISSION LHSS

Pathologie aiguë motivant la demande :



**A.E.R.S**

Association d'Entraide  
et de Reclassement Social

# Pôle Santé Solidarité de l'AERS Demande d'admission en LHSS

## INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

- **Pathologies associées :**

**Somatiques :**

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

Existe-t-il un suivi ?  non  oui, nom et coordonnées du médecin référent :

.....  
.....

**Psychiatriques :**

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

Existe-t-il un suivi ?  non  oui, nom et coordonnées du médecin référent :

.....  
.....

**Troubles cognitifs (nature des troubles et incidences dans la vie quotidienne) :**

.....  
.....

**Addictologiques :**

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

Existe-t-il un suivi ?  non  oui, nom et coordonnées du médecin référent :

.....  
.....

- **Antécédents :**

Médicaux :

Chirurgicaux

- **Allergies :**



**A.E.R.S**

Association d'Entraide  
et de Reclassement Social

## Pôle Santé Solidarité de l'AERS Demande d'admission en LHSS

### TRAITEMENT EN COURS (merci de joindre les prescriptions)

Nom du médicament (en majuscules)	Nombre de prises/Jour	Durée prévue/prévisible du traitement

Patient autonome dans la prise du traitement ?  oui  non  
Observance au traitement ?  oui  non

### SOINS NECESSAIRES

Quels soins ? Infirmiers, kiné... ?	Nombre de fois/jour	Durée prévue



**A.E.R.S.**

Association d'Entraide  
et de Reclassement Social

# Pôle Santé Solidarité de l'AERS

## Demande d'admission en LHSS

### AUTRES INFORMATIONS

Alimentation	Hygiène / Toilette	Contenance
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Régime particulier ○ Normal      ○ Sans sel ○ Diabétique ○ Mixé ○ Sans porc   ○ Sans viande ○ Autres : .....	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale
Communication	Mobilité	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Non verbale	<b>Autonomie :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Marche</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Seul</li><li>○ Aide partielle</li><li>○ Aide totale</li></ul></li><li>• <b>Transferts</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Seul</li><li>○ Aide partielle</li></ul></li></ul> <b>Mobilisation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Appui</li><li>○ Port de plâtres : <input type="checkbox"/> oui   <input type="checkbox"/> non</li><li>○ Port d'attelle</li></ul>	<input type="checkbox"/> Canne(s)/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit strict  Durée estimée : ..... .....
<ul style="list-style-type: none"><li>• Autres demandes réalisées :<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Autres L.H.S.S. : .....</li><li><input type="checkbox"/> SSR : .....</li><li><input type="checkbox"/> Autres : .....</li></ul></li><li>• Date d'admission souhaitée : .../.../...</li><li>• La personne est-elle informée et accepte-t-elle son admission sur les L.H.S.S ?<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</li></ul></li></ul> <p>Quand la demande émane d'un <b>service hospitalier</b>, ce dernier <b>s'engage</b> à reprendre le patient dans son service s'il s'avère que l'état de santé de la personne orientée dépasse les compétences soignantes des L.H.S.S.</p> <p>Fait à ..... le .....</p> <p><b>Signature et cachet du Médecin :</b></p> <p><b>Pièces à fournir :</b> Comptes rendus médicaux, examens complémentaires, examens biologiques, ordonnances en cours...</p>		