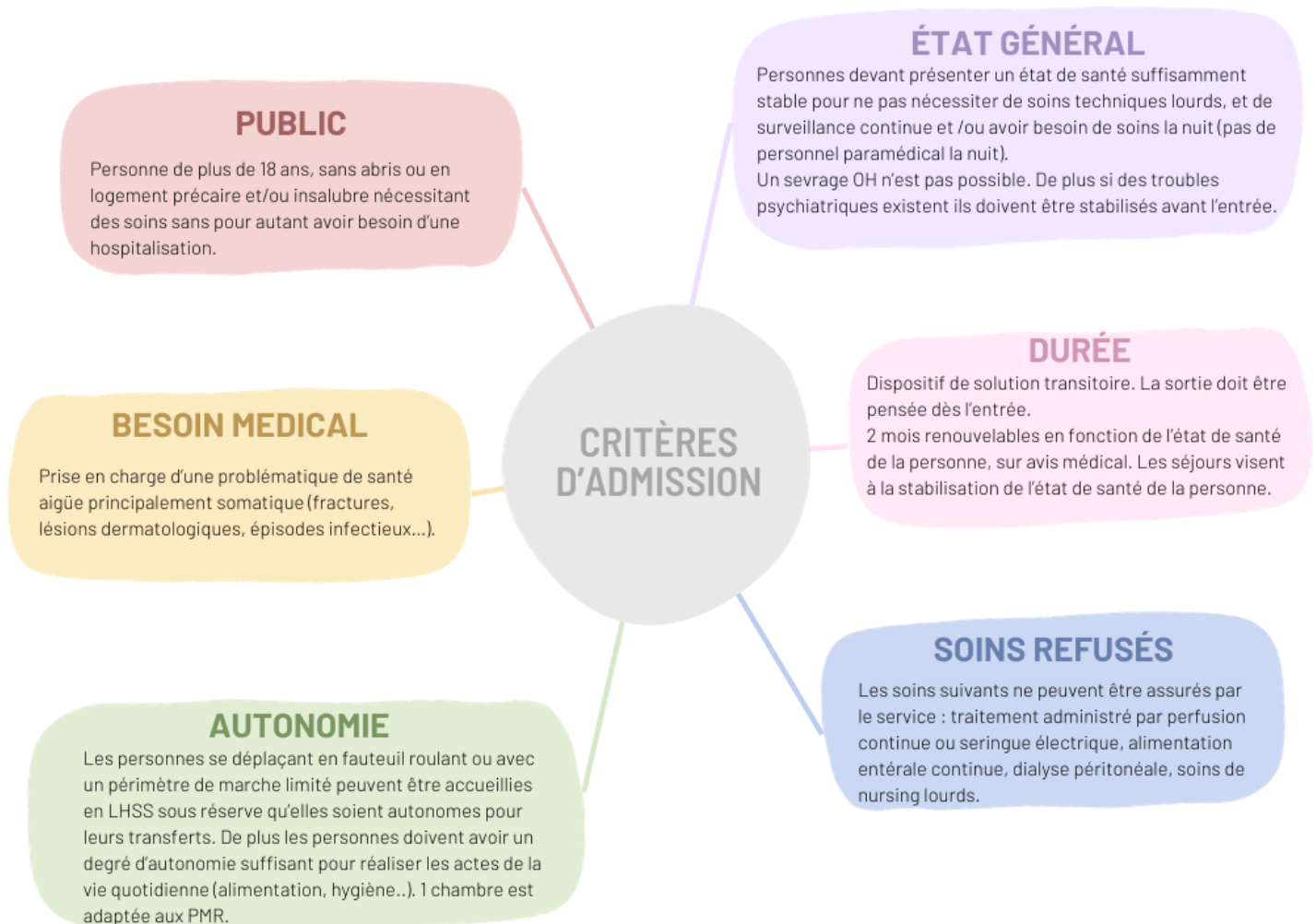


Dossier médical d'admission

A remplir par un médecin



Lits Halte Soins Santé de Morlaix – Fondation Massé-Trévidy
lhss-morlaix@fmt.bzh – 02 98 88 56 38



Identité du candidat : _____ DDN : _____

I. Problématique(s) médicale(s) motivant la demande :

II. Problématique(s) médicale(s) associée(s):

III. Antécédents médicaux et chirurgicaux :

IV. Environnement médical :

Hôpital référent : _____

Service : _____

Médecin spécialiste référent : _____

Médecin traitant (coordonnées si différent du médecin demandeur) :

V. Autonomie :

Déficits retentissant sur l'autonomie

Déficit moteur : Oui Modéré Important Non

Déficit des fonctions supérieures : Oui Modéré Important Non

Déficit cognitif : Oui Modéré Important Non

Fauteuil roulant : Oui Non

Nécessité d'un logement PMR : Oui Non

Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers pour :

La marche : Oui Permanente Ponctuelle Non

La toilette : Oui Permanente Ponctuelle Non

La prise de repas : Oui Permanente Ponctuelle Non

Autres (précisez) : _____

VI. Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :

Conduites addictives : Oui Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

Si oui, précisez le(s) suivi(s) en cours et la/les structure(s) référente(s) :

Pathologie(s) psychiatrique(s) : Oui Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

Si oui, précisez le(s) suivi(s) en cours et la/les structure(s) référente(s) :

Merci de préciser les troubles associés : _____

VII. Traitements et soins infirmiers en cours

Oui Non Sous contrôle En autonomie

Merci de joindre l'ordonnance en cours

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| - Injections : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : _____ |
| - Pansements : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : _____ |
| - Surveillance des constantes : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : _____ |
| - Autres : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : _____ |

Précisez : _____

Coordonnées du médecin demandeur :

Téléphone : _____ Email : _____

Etablissement : _____ Service : _____

Date : _____ Signature et cachet du médecin :

Documents à joindre à votre demande :

- Comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation
 - Résultats d'examens complémentaires
 - Ordonnances en cours
-

Dossier à adresser à l'attention du personnel médical LHSS :
myriam.arzel@fmt.bzh ou par courrier postal au 8 Rue de Réo 29600 Morlaix
L'admission sera étudiée à réception des volets médical ET social. Merci