



**Demande d'admission à envoyer par mail à l'attention  
de l'équipe de Direction et du Médecin LHSS**

**912 RUE DE LILLE 62400 BETHUNE**

**☎ : 03.21.68.11.66/07.88.59.06.27**

**✉ : lhss-lephare@habitat-insertion.fr/**

**[lhssmobiles-lephare@habitat-insertion.fr](mailto:lhssmobiles-lephare@habitat-insertion.fr) / [equipemedicale-lephare@habitat-insertion.fr](mailto:equipemedicale-lephare@habitat-insertion.fr)**

Date de la demande : .....

Organisme ou personne sollicitant la demande de prise en charge : .....

Médecin traitant : .....

**PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE**

Nom .....

Prénom .....

Date de Naissance .....

Adresse du lieu de vie actuel .....

Numéro de téléphone : .....

Motif de la demande : .....

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

**DEMANDE REALISEE**

Avec hébergement

Sans hébergement  
(LHSS Mobile)

**Pièces à joindre impérativement au dossier :**

- Un rapport social

**Sous pli adressé au médecin :**

- Rapport médical ou lettre du médecin
- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Ordonnances des traitements en cours
- Résultat d'examens médicaux



<b>FORMULAIRE SOCIAL</b> <b>DEMANDE D'ACCES AU DISPOSITIF LHSS-LE PHARE</b> 912 RUE DE LILLE 62400 BETHUNE - ☎ : 03-21-68-11-66 – Fax : 03.21.68.94.27
--

Établissement instruisant la demande	
Nom du référent social	
Coordonnées	

**État civil du (des) demandeur(s) :**

	M. Mme Melle
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	

**Situation administrative et sociale :**

Ressources	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Autre :
Sécurité sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	CMU / CMU C	AME

Numéro de sécurité sociale :

Organisme :

**Logement :**

- Dernier hébergement (*précisez la ville*):
- Demandes de logement déposées :  oui  non  
↳ si oui date et organisme :  
↳ réponse reçue :
- Dépôt d'un dossier FSL :  oui  non

**Situation professionnelle :**

- Salarié  
↳ CDI :  CDD :
- Sans emploi  
↳ Inscription Pôle Emploi : oui  non
- Retraité
- Autre à préciser

**Autres problématiques (justice, famille, dettes....) :**

-  
-  
-  
-

**Mesure de protection :**      oui       non   
↳ si oui, laquelle :  
↳ nom de l'organisme :

**Démarches sociales en cours :**

**Engagement accepté de la structure sociale ou sanitaire par une convention de reprise en charge à la fin du séjour :**      oui       non

**Merci de joindre une note sociale à cette demande.**



**FORMULAIRE MEDICAL**  
**DEMANDE D'ACCES AU DISPOSITIF LHSS-LE PHARE**  
912 RUE DE LILLE 62400 BETHUNE - ☎ : 03-21-68-11-66 / lhssmobiles-lephare@habitat-insertion.fr/lhss-  
lephare@habitat-insertion.fr

Établissement instruisant la demande	
Nom du Médecin	
Coordonnées	

**État civil du (des) demandeur(s) :**

	M. Mme Melle
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	

**Date souhaitée pour l'admission :**

**Durée estimée de la prise en charge par le médecin demandeur :**

**Mode d'Admission :**

- Par demande d'un service hospitalier, d'un médecin, ou d'une structure sociale disposant d'un médecin
- Par demande directe de la veille sociale, des équipes de rue ou de structures sans médecin

**Nom et coordonnées du médecin référent de la personne (si celui-ci est différent) :**

**Renseignements médicaux :**

Pathologie pour laquelle le LHSS est demandé :

Autres pathologies :

Antécédents médicaux :

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :

Consommation de toxiques :

**Addictions :**

- |                                      |                                  |                                      |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabac       | <input type="checkbox"/> reconnu | <input type="checkbox"/> non reconnu |
| <input type="checkbox"/> Alcool      | <input type="checkbox"/> reconnu | <input type="checkbox"/> non reconnu |
| <input type="checkbox"/> Drogue      | <input type="checkbox"/> reconnu | <input type="checkbox"/> non reconnu |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> reconnu | <input type="checkbox"/> non reconnu |
| <input type="checkbox"/> Autres      | <input type="checkbox"/> reconnu | <input type="checkbox"/> non reconnu |

**Soins et suivis nécessaires prévus ou à prévoir :** (kiné, infirmier, rendez-vous hospitalier de contrôle)

**Rendez-vous ou consultations déjà pris (date et lieux) :**

-  
-  
-  
-  
-

**Merci de fournir tous les documents et comptes rendus médicaux dont vous disposez.**

**Traitement médical :**

<b>Nom du médicament (en lettres majuscules)</b>	<b>Matin</b>	<b>Midi</b>	<b>Soir</b>	<b>Coucher</b>	<b>Durée du traitement</b>

**Mobilité et autonomie :**

<b>Degré d'autonomie</b>	<b>Aide complète</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Seul</b>
<b>Toilette</b>			
<b>Repas</b>			

- Marche :  oui       non      béquille       fauteuil roulant       déambulateur

- Lit strict :  oui       non      appui :  oui       non

- Incontinence : \* urinaire :  oui       non  
\* fécale :  oui       non  
\* appareillage :  oui       non

**Infections et allergies :**

oui       non

Si oui, lesquelles :

**Autres structures sollicitées :**

Réponse faite par le dispositif LHSS – Le Phare

visite médicale de pré-admission fixée le :

entretien d'évaluation fixé le :

visite médicale de pré-admission envisagée sous réserve d'information complémentaire demandée (voir ci-après les éléments réclamés)

Eléments complémentaires demandés :

-  
-

refus :

- refus pour motif médical (à préciser par le médecin LHSS)
- refus pour motif spécial (à préciser par le Directeur LHSS)
- refus faute de place
- refus pour absence d'engagement par convention de la structure orientant
- Patient relevant de la PASS Santé (l'orientation sera faite par la Pass Santé)
- autres (à préciser) :

Signature du médecin validant l'admission ou le refus

Signature du Directeur validant l'admission ou le refus

**En l'absence des éléments demandés, le dossier ne sera pas pris en compte,**  
**Merci de bien vouloir renseigner tous les items contenus dans ce dossier, tout dossier**  
**incomplet sera non traité ou renvoyé à l'expéditeur**