



**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

✉ : lepharsecretariat@orange.fr/

lhss-act-lephare@habitat-insertion.fr/lhssmobiles-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

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



FORMULAIRE SOCIAL
DEMANDE D'ACCES AU DISPOSITIF LHSS-LE PHARE
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 – Fax : 03.21.68.94.27

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 :

Nom du médicament (en lettres majuscules)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement

Mobilité et autonomie :

Degré d'autonomie	Aide complète	Aide partielle	Seul
Toilette			
Repas			

- 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