



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		Réservé au service LHSS
Nom du Médecin		Date réception Date réponse
Coordonnées		Avis

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 :