



**TARMAC**  
VERS PLUS DE DIGNITÉ!



**DOSSIER DE DEMANDE  
D'ADMISSION  
Lits Halte Soins Santé**





# LHSS

145 route de Coulaines  
72190 Sargé-lès-Le Mans

# TARMAC

VERS PLUS DE DIGNITÉ !

## ATTENTION

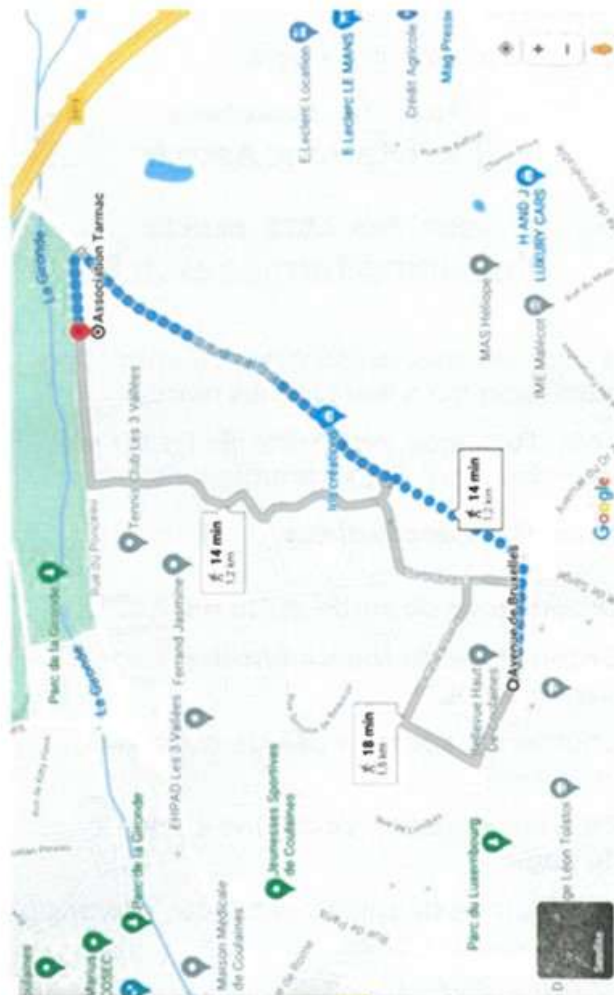
Nous ne sommes pas

- Un service de suite (SSR)
- Un EHPAD ou un établissement médico-social pour personnes handicapées.

Il n'y a pas

- D'infirmière présente en permanence
- De personnel sur place la nuit

Il n'y a qu'une seule visite médicale par semaine.



## Lits Halte Soins Santé

Structure collective

&

Accompagnement

Hors les murs-Mobile

### LITS HALTE SOINS SANTÉ

Structure

Hors les murs-Mobile

☎ 06 15 99 42 65

☎ 07 48 88 62 73

☎ 02 72 88 08 09

☎ 02 72 88 99 33

lhss@tarmac.asso.fr

lhss.ahm@tarmac.asso.fr



## Demande d'admission

Elle est composée :

- ◆ D'un volet médical à remplir par le médecin ou l'interne de service,
- ◆ D'un volet social à remplir par l'assistante sociale du service.

Elle est à adresser par mail à :

**Pour la structure**

[lhss@tarmac.asso.fr](mailto:lhss@tarmac.asso.fr)

**Pour les LHSS mobile**

[lhss.ahm@tarmac.asso.fr](mailto:lhss.ahm@tarmac.asso.fr)

Les dossiers sont présentés en commission d'admission qui a lieu tous les mardis.

En cas d'urgence, possibilité de traiter les demandes entre deux commissions.

### Documents nécessaires

- ◆ Ordonnance de sortie et/ou habituelle,
- ◆ Ordonnance de soins infirmiers à domicile, le cas échéant,
- ◆ Courrier de sortie (à défaut, observation médicale)
- ◆ Derniers résultats d'imagerie et/ou de biologie
- ◆ Une journée de traitement (nous n'avons pas de stock sur place).

## L'Equipe des LHSS est constituée de

- ◆ 1 Responsable de service
- ◆ 1 Assistante de Gestion
- ◆ 1 Médecin coordinateur
- ◆ 4 Infirmières
- ◆ 3 AMP /AES
- ◆ 2 Intervenants sociaux
- ◆ 1 Psychologue clinicienne
- ◆ 1 Maitresse de Maison
- ◆ 2 Surveillants de nuits

### Qui sommes-nous ?

Les lits halte soins santé (LHSS) visent à améliorer les problèmes de santé des personnes sans résidence stable, quelle que soit leur situation administrative ou leur couverture sociale, en leur assurant une prise en charge transitoire, leur permettant de recevoir des soins légers de courte durée (pathologie aiguë).

### Deux dispositifs

#### 1. Les LHSS Structure

15 lits en structure collective avec accompagnement médico-social.

#### 2. Les LHSS Hors les murs-Mobile

17 mesures avec accompagnement infirmier et médical sur le lieu de vie des personnes.

## Quelle durée de prise en charge ?

La durée de prise en charge est de 2 mois et est renouvelable 1 fois.

### Quelques exemples...

#### LHSS Structure :

- Des patients en pré ou post-opératoire,
- Des patients en sortie d'hospitalisation,
- Des femmes au 3e trimestre de grossesse ...

#### LHSS Hors les murs-Mobile :

- Soins infirmiers de patients sans droit CPAM ou en hébergement précaire (115 et autres)
- Education thérapeutique
- Retour vers le système de soins des patients marginalisés
- Poursuite du suivi de patients ayant été accueillis dans la structure.



**DEMANDE D'ADMISSION  
Lits Halte Soins Santé (LHSS)**



Je, soussigné(e),  Mme,  M.....

Né(e) le .....à .....

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une prise en charge par le dispositif « Lits Halte Soins Santé » de l'association TARMAC.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.



Fait à .....

Le .....



*Signature*

**DEMANDE D'ADMISSION  
Lits Halte Soins Santé (LHSS)**

**Dossier médical**

- LHSS Structure - 06 15 99 42 65 - [lhss@tarmac.asso.fr](mailto:lhss@tarmac.asso.fr)
- LHSS Mobile (accompagnement hors les murs)  
07 48 88 62 73 - 07 56 00 07 27 - [lhss.ahm@tarmac.asso.fr](mailto:lhss.ahm@tarmac.asso.fr)

Date de la demande : .....

Date d'entrée souhaitée : .....

Organisme ou personne qui sollicite une place : .....

Patient à prendre en charge
Nom .....
Prénom .....
Date de naissance.....
Adresse actuelle d'hébergement ..... .....

**LISTE DES PIECES A FOURNIR**

- Compte rendu d'hospitalisation
- Derniers comptes-rendus de consultation
- Résultats de biologie et d'imagerie
- Ordonnance du traitement en cours

**Motif de la demande :**

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

**Médecin traitant :** .....

**Spécialistes référents :** .....

.....  
.....

**Antécédents :** .....

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

**Pathologies psychiatriques :** .....

**Allergies médicamenteuses :** .....

**Consommation de toxiques :**  Alcool  Cannabis  
 Autre .....

**Traitement actuel** (ou joindre ordonnance en cours) :  
.....  
.....  
.....

**Nature des soins infirmiers :** .....

**Handicap :** .....

**Bactérie multi-résistante :** .....

**Vaccinations faites** (préciser le nom et la date des vaccins) : .....

**Poids :** .....

**Autonomie :**

**Motricité**

- Autonome
- Béquilles
- Fauteuil
- Alité

**Sphincters**

- Continence
- Incontinence urinaire
- Incontinence fécale
- Sonde à demeure

**Comportement**

- Normal
- Dépressif
- A stimuler
- Agité
- Désorienté

**Alimentation**

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

**Toilette**

- Seul(e)
- Aide partielle
- Aide complète

Régime alimentaire : .....

**Durée prévisible de la prise en charge :** .....



**Etablissements déjà sollicités :**

- Nom : ..... Date de la demande : .....
- Nom : ..... Date de la demande : .....

**Le médecin prescripteur s'engage à transmettre des informations médicales complètes et authentiques.**

**La structure d'accueil se réserve le droit de rediriger la personne accueillie, si elle constate que les informations données sur le patient, lors de la demande, ne correspondent pas à la réalité observée et aux critères d'admission.**

**Date : .....**

**Nom du médecin (lisible)**

.....

**Signature obligatoire**

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Lits Halte Soins Santé (LHSS)**  
**Dossier Social**

LHSS Structure

LHSS Mobile (accompagnement hors les murs)

Date de la demande : .....

**NOTE SOCIALE À JOINDRE À LA DEMANDE**

**NB : La structure d'accueil se réserve le droit de rediriger la personne accueillie, si elle constate que les informations données sur le patient, lors de la demande, ne correspondent pas à la réalité observée et/ou aux critères d'admission.**

**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

Sexe : F  M

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Nationalité : .....

Situation familiale : ..... ☎️ 📱 : .....

Langue(s) parlée(s) : .....

Domiciliation : .....

Mesure de protection :  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée

Organisme : ..... Référent : .....

Reconnaissance MDPH :  Oui  Non  En cours

Pièce identité :  CNI  Attestation DA  Titre de séjour

Récépissé

Personne :  Isolée  En couple

Personne ressource :  Oui  Non

Nom : ..... ☎️ / 📱 : .....



## ORGANISME ORIENTEUR

Désignation : .....

Nom : ..... Prénom : .....

☎ : ..... 📱 : .....

📧 : ..... @ .....

## COUVERTURE SOCIALE

Droits de base       CSS       AME       Aucun droits ouverts

N° de sécurité sociale :    /    /    /    /    /    /    /

Droits jusqu'au : ..... *(joindre l'attestation en cours)*

Coordonnées mutuelle : ..... *(+ copie carte mutualiste)*

ALD ..... Droits jusqu'au : .....

## INTERVENANT SOCIAL ASSURANT LE SUIVI HABITUEL

Structure : .....

Nom et Prénom : .....

☎ ..... 📱 ..... 📧 .....

.....@.....

Un diagnostic SIAO a-t-il été effectué ?  OUI  NON

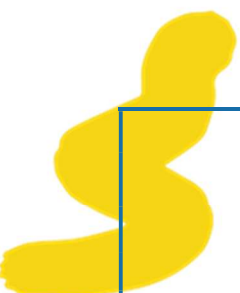
Si oui : A quelle date : ..... Par qui ? Mme, M. ....

## RESSOURCES

Nature (salaire, RSA, AAH...)	Montant
-	-
-	-
<b>Total</b>	

Dettes :  OUI  NON

Nature : .....



*Perspectives de sortie après le séjour aux LHSS  
(Existantes ou envisagées)*



-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

*Démarches en cours*



-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

### DUREE DE SEJOUR :

La prise en charge est définie en fonction de la pathologie dans une limite de 2 mois. Elle est renouvelable tant que l'état de santé le nécessite avec une durée de prise en charge de 4 mois maximum.

LES LHSS C'EST	CE QUE NE SONT PAS LES LHSS
⇒ Prise en charge médico-sociale	⊖ Les pathologies chroniques ne rentrent pas dans nos critères d'admission
⇒ Prise en charge pré et post-opératoire	⊖ Un service de convalescence
⇒ Education thérapeutique sur une courte durée	⊖ Une maison de retraite
⇒ Suivi d'un traitement médicamenteux sur une durée définie au préalable avec le prescripteur	⊖ Un foyer d'hébergement
⇒ Suivi de grossesse à compter du 3 <sup>e</sup> trimestre	⊖ Une maison d'accueil spécialisée
⇒ Petite traumatologie	⊖ Lit d'accueil médicalisé (LAM) / Appartement de coordination thérapeutique (ACT)
⇒ Pathologie aiguë	

### PIECES A FOURNIER LORS DE LA DEMANDE :

- 🌀 Note Sociale,
- 🌀 Copie de carte d'identité, titre de séjour ou demande d'asile,
- 🌀 Copie de couverture sociale,
- 🌀 Rapport médical ou lettre du médecin,
- 🌀 Derniers comptes rendus d'hospitalisation, ou noms des référents médicaux,
- 🌀 Résultats d'examens médicaux,
- 🌀 Ordonnance des traitements en cours.