

Centre d'hébergement
pour personnes S.D.F.
4, rue St Didier 26000 I VALENCE
Tél : 04 75 56 08 92 | Fax : 04 75 43 52
chrsu-st.didier@diaconat26-07.org

www.diaconat26-07.org

http://blog.diaconat26-07.org

Demande d'admission Lits Halte Soins Santé

A remplir et envoyer sous pli confidentiel
à l'attention du médecin
au 4 rue Saint Didier
26000 VALENCE

joindre tout autre document médical jugé utile

FICHE MEDICALE

Avis du médecin des LHSS :

Date et signature :

Coordonnées du médecin qui établie la demande :

Nom – Prénom :

Qualité :

Etablissement :

Service :

Date d'entrée souhaitée :

Date de la demande :

Tél :

Mail ;

Coordonnées du patient :

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Sexe : M F

Lieu de naissance :

Renseignements médicaux :

Pathologie motivant la demande :

Pathologie(s) associée(s)

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

Régime alimentaire particulier :

Problème d'addiction :

Troubles du comportement :

Suivi spécialisé : oui / non Coordonnées :

Autonomie :

	Aide complète	Aide partielle	seul
toilette			
repas			
habillage			
Déplacements			

Fauteuil roulant : oui / non / temporairement

Béquilles : oui / non / temporairement

Montée d'escaliers : oui / non

Durée estimée de prise en charge :

Traitement médical :

Nom du médicament	Durée du traitement

Autonomie pour la prise de médicaments : oui / non

Soins infirmiers, kiné ...	Nb de fois / jour	Durée

Date signature et cachet du médecin :

