

Samu Social de Paris - BILAN SOCIAL

POUR UNE DEMANDE DE LIT INFIRMIER, A FAXER AU 01 43 90 91 07
A REMPLIR PAR L'ASSISTANT SOCIAL DU SERVICE DEMANDEUR

NOM DU PATIENT	PRENOM DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	
NATIONALITE			
TYPE D'HEBERGEMENT AVANT L'HOSPITALISATION OU LA CONSULTATION			
DOMICILIATION ADMINISTRATIVE			
REGIME D'AFFILIATION	SECURITE SOCIALE PUMA CMUC MUTUELLE AME	NUMERO..... VALIDE JUSQU'AU/...../.....	
RESSOURCES	SANS RSA ASSEDIC AAH RETRAITE AUTRES	MONTANT	
PAPIERS D'IDENTITE	CNI PASSEPORT	VALIDE VALIDE	PERIME PERIME
TITRE DE SEJOUR	OUI NON	VALIDE	PERIME
MESURE DE PROTECTION	TUTELLE	CURATELLE	
ASSISTANT SOCIAL REFERENT			
SUIVI SOCIAL (DEMARCHES EN COURS) :			
PROJETS			
UNE DEMANDE DE S.S.R. A-T-ELLE ETE FAITE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, MERCI DE TRANSMETTRE LE DOSSIER TRAJECTOIRE.			
NOM ET SIGNATURE DE L'ASSISTANT SOCIAL DE L'HOPITAL	TELEPHONE	FAX	
ADRESSE MAIL			

SAMU SOCIAL DE PARIS – FICHE MEDICO-SOCIALE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT ET A FAXER POUR TOUTE DEMANDE DE LIT INFIRMIER AU 01 43 90 91 07 (AVANT 17 H)

LITS HALTE SOINS SANTE [L.H.S.S.]		
RAPPEL / Patient ne relevant pas de la prise en charge en L.H.S.S. : ✓ Patient perfusé, ✓ Patient trachéotomisé, ✓ Patient oxygène, ✓ Patient grabataire, ✓ Patient toxicomane non substituée, Patient sous alimentation entérale en continue, ✓ Patient ayant une sonde urinaire à demeure ou ayant un cathéter sus pubien, Patient présentant des troubles cognitifs majeurs		
BILAN MEDICAL / DATE (obligatoire) :		
HOPITAL	SERVICE DEMANDEUR	CHEF DE SERVICE
NOM DU PATIENT	PRENOM	DATE DE NAISSANCE / AGE
SORTIE D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>		PATIENT EN SOINS AMBULATOIRES <input type="checkbox"/>
DATE D'ENTREE A L'HOPITAL : DATE DE SORTIE PREVUE :		
BILAN MEDICAL (ANTECEDENTS ET DIAGNOSTIC)		
<input type="checkbox"/> OXYGENE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> BMR/BHR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> PERFUSION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> ISOLEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PERSPECTIVES :		
AUTONOMIE	. ALTERATION DES FONCTIONS SUPERIEURES . AIDE A LA TOILETTE . AIDE AU REPAS . CONTINENCE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
MOBILITE	. MARCHE SEUL . MARCHE A L' AIDE D'UNE CANNE . MARCHE A L' AIDE D'UN DEAMBULATEUR . FAUTEUIL ROULANT . PLATRE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> LOCALISATION :
TRAITEMENT DE SORTIE		
<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> KINESITHERAPIE <input type="checkbox"/> PANSEMENTS <input type="checkbox"/> REGIME ALIMENTAIRE	ORDONNANCE PRECISE – PRECISEZ LA POSOLOGIE	
RENDEZ VOUS ULTERIEURS :		
DATE : HEURE : HOPITAL : MEDECIN :	DATE : HEURE : HOPITAL : MEDECIN :	DATE : HEURE : HOPITAL : MEDECIN :
NOM DU CADRE INFIRMIER OU IAO		TEL
NOM DU MEDECIN DEMANDEUR - <u>SERVICE D'HOSPITALISATION</u> TEL FAX		
<i>Je m'engage à reprendre ce patient dans le service s'il s'avère que son état physique ou mental dépasse les compétences soignantes du L.H.S.S.,</i>		
SIGNATURE :		
PARTIE RESERVEE AU SAMUSOCIALDEPARIS		
NOM DU MEDECIN D'ASTREINTE	DECISION <input type="checkbox"/> ACCORD <input type="checkbox"/> REFUS MOTIF :	PATIENT ACCEPTE EN CHUSI RIDDER <input type="checkbox"/> ST MICHEL <input type="checkbox"/> CORENTIN-CELTON <input type="checkbox"/> MAUBEUGE <input type="checkbox"/> PATIENT EN ATTENTE DE LIT <input type="checkbox"/>

COMMENTAIRES

NOM ET PRENOM DU PATIENT