

Présentation

**Doc 1 : comment faire une demande de LHSS
Pédiatrique ?**

Doc 2 : fiche de demande de LHSS Pédiatrique

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE LITS HALTE SOINS SANTE PEDIATRIQUE ?

Les Lits Halte Soins Santé Pédiatriques de l'association EOLE ont vocation à accueillir temporairement des enfants jusqu'à 18 ans ainsi que des femmes enceintes, des mères venant d'accoucher et leur nouveau-né, sans domicile fixe, ET, ayant une problématique de santé qui ne nécessite pas de prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais qui est incompatible avec une vie à la rue.

Le dispositif LHSS Pédiatriques est doté de 8 places, situées à Lille au sein de locaux hébergeant des LHSS femmes et le CHRS familles L'Escale.

Mode d'emploi

1- **Qui relève de ce dispositif ?**

Quelle que soit leur situation administrative,

- Enfant mineur accompagné de son ou ses parents (représentant légal) dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale adaptée de courte durée. Par ex. : infection, soins post hospitaliers (traumatologie, ophtalmologie, etc.)
De 0 à 3 ans, l'enfant doit être accompagné de sa mère.
- Femme présentant une grossesse à risque et/ou pathologique
- Femme présentant une pathologie / problématique du post-partum

2- **Qui peut effectuer une demande de LHSS ?**

Les Centres de santé, les Établissements de santé, la médecine de Ville, ou tout autre professionnel en lien avec les publics cibles peuvent en faire la demande auprès du RSSLM.

3- **Comment effectuer une demande de LHSS?**

La fiche « demande d'attribution des lits Halte Soins Santé Pédiatriques » est à télécharger sur le site internet du Réseau Santé solidarité Lille Métropole - www.sante-solidarite.org.

Elle doit être dûment remplie par un médecin et un travailleur social, puis envoyée à l'adresse suivante : regulation.lhss@sante-solidarite.org

4- **Que faire ensuite ?**

Le RSSLM transmet les demandes à EOLE qui au regard du plan d'occupation se met en contact avec les professionnels à l'origine de la demande d'admission.

5- **Comment se passe l'attribution du Lit ?**

Après étude de la demande, EOLE donne ou non son accord, en informe le demandeur ainsi que le RSSLM.

6- **Comment s'organise l'arrivée en LHSS ?**

L'arrivée de la personne est organisée par l'équipe des LHSS en lien avec le ou les services orienteurs.

7- **Quelle est la durée de séjour ?**

La durée est définie en fonction de la pathologie dans une limite de deux mois, renouvelable selon la situation.

8- **Comment s'effectue la sortie du patient ?**

La décision de sortie est évaluée en fonction de l'état de santé du patient par le médecin responsable des LHSS Pédiatriques d'Eole. Les démarches sociales engagées sont également considérées.

9- **Ce que n'est pas un LHSS ?**

- Un IME / IEM
- Un centre maternel
- Un foyer d'hébergement

Les LHSS Pédiatriques d'Eole **ne disposent pas** d'une présence infirmière 24H/24H.

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE PEDIATRIQUES (1/3)

1. FICHE SOCIALE

Demande effectuée par (Nom & Structure) :		Date :
Tel :	Fax :	
Mail :		

Qui est concerné par la demande de LHSS Pédiatrique ?

<input type="checkbox"/> Femme (enceinte/post-partum)	<input type="checkbox"/> Enfant
Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
Date de naissance	Date de Naissance :
	Sexe <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Hors UE	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Hors UE
<input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Ne maîtrise pas le français	<input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Ne maîtrise pas le français

Identification du/des accompagnants (pour les mineurs)

Nom et prénom du responsable légal 1 :	Nom et prénom du responsable légal 2 :
Lien de parenté : Mère Père Autre (A préciser) :	Lien de parenté : Mère Père Autre (A préciser) :
Adresse administrative :	Adresse administrative :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
Téléphone :	Téléphone :
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Hors UE	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Hors UE
Papiers d'identité du responsable légal: <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> CNI UE <input type="checkbox"/> Titre de séjour (nature :) Si oui, date d'expiration : <input type="checkbox"/> Récépissé (autorisant à travailler) <input type="checkbox"/> En cours :	Papiers d'identité du responsable légal: <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> CNI UE <input type="checkbox"/> Titre de séjour (nature :) Si oui, date d'expiration : <input type="checkbox"/> Récépissé (autorisant à travailler)

FRATRIE

Nom/Prénom	Date de naissance	A charge	Non à charge (mesures judiciaires AEMO / ASE)	Lieu de scolarité

--	--	--	--	--

Identification de la situation du patients (accueil femme enceinte) ou du/des accompagnants (pour les mineurs)

La présentation du dispositif LHSS a-t-elle été réalisée auprès de la patiente ou de l'enfant & de son ou ses responsable légaux ? :						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La patiente ou Le/les représentants légaux sont-ils consentants à l'entrée en LHSS ?							
Représentant légal 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Représentant légal 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Patiente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non					
La patientes ou Le/les représentants légaux o donnent-ils leurs accords à la transmission de ce dossier ? :							
Représentant légal 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Représentant légal 1	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Patiente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non					
Situation administrative et sociale							
Suivi social par :							
Protection sociale de la patiente ou du/des représentant(s) légal(aux)							

Situation 1 : Patiente

Revenus	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Tutelle/curatelle		autre :	
Sécurité sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	PUMA	CSS payant	CSS Gratuite	AME soins urgents	AME

Représentant légal 1 :

Revenus	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Tutelle/curatelle		autre :	
Sécurité sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	PUMA	CSS payant	CSS Gratuite	AME soins urgents	AME

Représentant légal 2 :

Revenus	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Tutelle/curatelle		autre :	
Sécurité sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	PUMA	CSS payant	CSS Gratuite	AME soins urgents	AME

Protection sociale de l'enfant

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant en qualité d'ayant droit :

Nom Prénom de l'assuré social :

Lien de parenté avec l'enfant :

Caisse de rattachement :

Rattachement à une complémentaire santé :

Nom Prénom du bénéficiaire :

Lien de parenté avec l'enfant :

A préciser (mutuelle, CSS, AME) :

Organisme :

Commentaires sur la situation sociale de la patiente / l'enfant

Parcours :

Démarches sociales effectuées (ex. signalement de la vulnérabilité à l'OFII, etc.) :

Le cas échéant - Scolarité de l'enfant pris en charge :

Y-a-t-il des mesures judiciaires en cours ?

Quels partenaires sociaux / sanitaires interviennent-ils auprès de la patiente / la famille ?

Un diagnostic SIAO a-t-il été effectué ?

oui

non

Si oui, par qui?

et à quelle date ?

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE PEDIATRIQUE
(2/3)

2. FICHE MEDICALE (CONFIDENTIELLE)				
Demande effectuée par (Nom du Médecin & Structure) :				
Tel :		Fax :		Mail :
Nom – Prénom :				
Renseignements médicaux :				
Pathologie pour laquelle le LHSS est demandé :				
Autres pathologies ou antécédents :				
Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement :				
Consommation de toxiques :				
Y-a-t-il nécessité d'un suivi psychologique ? (pour la patiente / l'enfant, le(s) parent(s), préciser.)				
Un suivi est-il déjà en cours ?				
Y-at-il un besoin de soutien à la parentalité ?				
Convalescence / examens prévus / RDV de consultations				
Autonomie dans les gestes de la vie quotidienne				
Degré d'autonomie	Aide complète	Aide partielle	Seul(e)	Le parent est-il en capacité de compenser le manque d'autonomie pour l'enfant ?
Toilette				
Repas				
Mobilité				
Marche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Equipement mobilité	
Montée d'escaliers possible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> béquille	<input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION EN LITS HALTE SOINS SANTE PEDIATRIQUES
(3/3)**

3. TRAITEMENTS / SOINS (CONFIDENTIEL)

Nom – Prénom :

Traitement médical

Nom du médicament (<i>en lettres majuscules</i>)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du traitement (jours, semaines, mois)

SOINS INFIRMIERS, KINE, PSYCHOMOTRICITE, ORTHOPHONIE, Autres (à préciser)

Soins	Nombre de fois par jour	Durée (jours, semaines, mois)

4. AUTRES INFORMATIONS MEDICALES

Y-a-t-il des problématiques de santé repérées chez les parents/accompagnants ou les membres de la fratrie ?