

Hospitalisation A Domicile

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

Tél : 03 62 28 8000 - 8H00/19H00

Mail : had@santexcelnfc.fr

MEDECIN PRESCRIPTEUR	Je soussigné(e) NOM :	Prénom :
	☐ Médecin traitant	☐ Médecin hospitalier
		Établissement : Service :
	Tél :	
	Fax :	
	Adresse email :	
	Adresse email sécurisée :	

Demander une admission en HAD pour

PATIENT	M. ☐ M ^{me} ☐ Enfant < 16 ans ☐	Date de naissance :
	Nom de naissance :	Tél :
	Nom d'usage :	Adresse (lieu de prise en charge en HAD) :
	Prénom :	
	(ou étiquette patient)	Situation familiale :
		Accord verbal du patient ☐ oui ☐ non

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM Prénom	Lien de parenté	Tel fixe :
		Tel portable :

Médecin traitant

NOM : Accord médecin traitant pour la prise en charge en HAD

Prénom: ☐ oui ☐ non

Tél :

Médecin spécialiste référent :

Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie : (merci de joindre le dernier courrier)

■ Allergie ☐ oui ☐ non

Si oui laquelle

Antécédents :

■ Patient porteur de BMR ☐ oui ☐ non

Si oui, germe

Localisation

PROJET THÉRAPEUTIQUE

Objectifs de la demande HAD

.....

.....

RDV consultations / examens prévus

.....

NOM du patient

Prénom.....

BILAN DE PRISE EN CHARGE

Autonomie

Alité ☐ oui ☐ non
Marche ☐ oui ☐ non ☐ seul ☐ avec aide
Alimentation orale ☐ oui ☐ non ☐ seul ☐ avec aide poids..... kg
Hygiène corporelle ☐ seul ☐ aide partielle ☐ aide totale
Continence urinaire ☐ oui ☐ non
Etui pénien ☐ oui ☐ non
Sonde urinaire ☐ oui ☐ non date de la pose/...../.....
indication
Continence fécale ☐ oui ☐ non
Colostomie ☐ oui ☐ non
Escarre ☐ oui ☐ non Localisation.....

Respiratoire

Kiné respiratoire

Nutrition

☐ oxygène.....l/min ☐ Lunettes ☐ VNI ☐ Respirateur
☐ oui ☐ non fois/semaine
☐ entérale : SNG / Gastrostomie / Jéjuno stomie
☐ parentérale** : chambre à cathéter implantable/voie veineuse centrale/voie
veineuse périphérique
Nom des nutriments.....Vitesse d'administration.....

Pansements

Durée environ.....minutes..... Fréquence / jour/sem
Localisations.....

Rééducation

☐ kinésithérapie.....fois/sem ☐ orthophonie fois/sem

Chimiothérapie

☐ terminée ☐ en cours ☐ prévue

Radiothérapie

☐ terminée ☐ en cours ☐ prévue

Suivi équipe mobile de soins palliatifs

☐ Suivi DAC
Lieu EMSP..... Lieu DAC.....

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Per os.....

Intraveineux

☐ Chambre à Cathéter Implantable ☐ Voie Veineuse Centrale ☐ Voie Veineuse Périphérique

Sous-cutané

Prise en charge sociale

Assistante sociale
☐ hospitalière (nom + tel)
☐ autre (nom + tel):.....
Aide sociale

Prise en charge à domicile

Inf. libéral(e) (nom)
Kinésithérapeute (nom)
SSIAD
Autres structures.....

Date / /

Signature et cachet du médecin prescripteur