

DEMANDE ADMISSION EN HAD

PATIENT

☐ M. ☐ Mme ☐ Enfant de < 16 ans

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Adresse (lieu de prise en charge en HAD) :

Date de Naissance :

Prénom(s) :

Accord verbal du patient : ☐ oui ☐ non

Situation familiale :

Tel :

MEDECIN
PRESCRIPTEUR

NOM :

☐ Médecin traitant

Si médecin hospitalier :

Établissement :

@mail (sécurisée) :

Prénom :

☐ Médecin hospitalier

Service :

Tél :

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM :

Lien de parenté :

Tel fixe :

Prénom(s) :

Tel portable :

Environnement médical

Nom du médecin traitant :

Adresse cabinet médical :

Nom du médecin spécialiste référent :

Etablissement :

Spécialité :

Suivi Équipe Mobile de Gériatrie : ☐ oui ☐ non

Suivi Équipe Mobile de Soins Palliatifs : ☐ oui ☐ non

Motif de la demande

☒ prise en charge palliative

☐ antibiothérapie IV

☐ nutrition entérale

☐ pansement complexe

☐ rééducation

☐ nutrition parentérale

☐ surveillance post-chimiothérapie

☐ post-chirurgical

☐ surveillance de radiothérapie

☐ autres :

Informations médicales :

Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie : _____

Allergie ☐ oui ☐ non

Si oui préciser :

Antécédents : _____

Pièces à joindre :

☒ Prescriptions médicales

☒ Synthèse médicale

☒ Derniers comptes rendus spécialisés

☒ Dernières biologies

Signature et cachet du médecin prescripteur :

Date :/...../.....