

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

DATE DE LA DEMANDE :

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR :

ETABLISSEMENT : TEL :

FAX : EMAIL :

DATE D'ADMISSION EN HAD SOUHAITEE :/...../.....

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE :

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../..... Sexe : F M

Adresse :

.....Tel :

DIAGNOSTIC/MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN HAD: (veuillez nous communiquer le maximum d'informations médicales)

Patient porteur de BMR : oui non

ANTECEDENTS CONNUS :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergie(s) :

TRAITEMENT EN COURS :- **Fiche de traitement en cours** : à faxer avec la demande- **le jour de l'admission** : nous faire parvenir **les ordonnances de sortie****PERSONNE A PREVENIR :**

Nom/Prénom :

Tel :Lien avec la personne à prendre en charge :

Type de prise en charge – Objectif thérapeutique

<input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
<input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES ET SOINS SPECIFIQUES	<input type="checkbox"/> POST TRAITEMENT CHIRURGICAL
<input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE / ENTERALE	<input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT INTRAVEINEUX	<input type="checkbox"/> PEC PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE
<input type="checkbox"/> CHIMIOThERAPIE ANTICANCEREUSE	<input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> SURVEILLANCE DE GROSSESSE A RISQUE	<input type="checkbox"/> REEDUCATION NEURO - REEDUCATION ORTHO (Récupération autonomie – confort)

IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX**MEDECIN TRAITANT**

Nom/Prénom : Tel :

Le médecin traitant est-il informé de la demande en HAD ? OUI NON

INFIRMIERS LIBERAUX

Nom/Prénom : Tel :

Nom/Prénom : Tel :

INFORMATIONS EN LIEN AVEC LES CONDITIONS DE VIE

Evaluation Sociale : situation familiale.....Tutelle/Curatelle :.....Aides.....

E-mail auquel vous souhaitez que vous soit envoyé le compte rendu d'hospitalisation HAD :.....
.....**Merci de joindre impérativement avec ce fax la copie des documents suivants :**

- Carte d'Identité du patient
- Carte vitale du patient
- Carte mutuelle du patient
- Compte-rendu d'Hospitalisation
- Dossier de liaison d'Urgence (pour les EHPAD)

Nom et cachet du Médecin demandeur :**Date :**