**DEMANDE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

Etablissement d’origine :

…………………………………………………………………

Service : …………………………………………………

Tél : …………………………………………………………

Hospitalisation à domicile de Châlons en Champagne et Pays d’Argonne

51 rue du Commandant Derrien

51000 – CHALONS EN CHAMPAGNE

Tél : 03 26 63 56 40

Fax : 03 26 63 56 49

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR D’HAD**

**A ADRESSER PAR MESSAGERIE SECURISEE, FAX OU SOUS PLI CACHETE**

**Au médecin praticien d’HAD**

**Adresse mail sécurisée :** [**hadchalons@hadfrance.mssante.fr**](mailto:hadchalons@hadfrance.mssante.fr)

*Attention pour envoyer un message sécurisé sur cette adresse mail, il est nécessaire que vous possédiez une messagerie sécurisée de santé MSSanté. Si ce n'est pas le cas vous trouverez toutes les informations nécessaires sur* [*www.mssante.fr*](www.mssante.fr)*.*

|  |
| --- |
| Je soussigné(e) Docteur……………………………………………………………………………………  certifie que l’état de santé du patient :  Nom d’usage\* : …………………………………………………………………………………………………  Nom de naissance\* : …………………………………………………………………………………………  Date de naissance\* : ……/……/…… Lieu de naissance\* : ……………………  INS\* : …………………………………………………………………………………………………………………  Adresse du patient : …………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone du patient\* : ………………………………  Nécessite son admission à l’Hôpital A Domicile Châlons en Champagne et Pays d’Argonne.  Le médecin prescripteur  Date, signature et cachet  *\*Merci de remplir l’exhaustivité des renseignements pour éviter toute erreur d’identitovigilance.* |

**ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE A L’ORIGINE DE LA PRISE EN CHARGE :**

**PROJET THERAPEUTIQUE / OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD :**

**DATE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITEE :**

**ETAT ACTUEL :**

**BILAN INFECTIEUX :**

Type de bactérie :

Origine urinaire  respiratoire  contact

Nécessité d’un isolement : oui  non

***Joindre obligatoirement une copie de l’analyse bactériologique et de l’antibiogramme***

**PROTOCOLE PERSONNALISE PREVISIONNEL DE SOINS :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⬜ | Assistance respiratoire  ◌ sous machine *prévoir*  ◌ sous oxygène *prescription* | ⬜ | Pansement chirurgical  Localisation : |
| ⬜ | Nutrition parentérale | ⬜ | Autres pansements  Localisation : |
| ⬜ | Nutrition entérale *prévoir prescription*  ◌ jéjunostomie  ◌ gastrostomie | ⬜ | Prise en charge de la douleur  ◌ PCA  ◌ SAP |
| ⬜ | Traitement par voie veineuse  ◌ voie d’abord :  ◌ PAC : | ⬜ | Rééducation  ◌ orthopédique  ◌ neurologique  ◌ respiratoire |
| ⬜ | Soins palliatifs | ⬜ | Soins de nursing lourd |
| ⬜ | Chimiothérapie | ⬜ | Education du patient et de son entourage |
| ⬜ | Surveillance COVID | ⬜ | Radiothérapie |
| ⬜ | Surveillance post chimiothérapie | ⬜ | Surveillance d’aplasie |
| ⬜ | Soins techniques particuliers | ⬜ | Prise en charge psychologique |
| ⬜ | Prise en charge sociale |  |  |

**TRAITEMENT : prévoir prescription si médicaments de la pharmacie hospitalière**

Injections  IM  SC

Per os

Régime alimentaire

Le patient connait il :  son diagnostic médical  son pronostic médical

Le patient a-t-il été transfusé durant son hospitalisation :  OUI  NON