**DEMANDE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

Etablissement d’origine :

………………………….……………………………………

Service : ………………………………………………

Tél : ……………………………………………………….

Hospitalisation à domicile des Pays de Chaumont et Langres

17 avenue des Etats-Unis

52000 - CHAUMONT

Tél : 03 25 01 09 31

Fax : 03 25 01 67 40

**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 :** **hadchaumont@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 de M………………………………………………………………………Né (e) le ……………………………………………………………………………………………………………demeurant…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Téléphone du patient :……………………………….Nécessite son admission à l’Hôpital A Domicile des Pays de Chaumont & Langres.Le médecin prescripteurDate, signature et cachet |

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

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

**DATE 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 chirurgicalLocalisation : |
| ⬜ | Nutrition parentérale | ⬜ | Autres pansementsLocalisation : |
| ⬜ | 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