

A FAXER AU 03.83.28.48.79

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Service adresseur : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Médecin Prescripteur : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

IDE : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Assistance Sociale : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

LE PATIENT

Nom et prénom :

.....
.....

Nom du médecin traitant :

.....
.....

Date de naissance : ___ / ___ / _____

I.D.E :

.....
.....

Age :

Adresse précise en HAD :

.....
.....

Autres intervenants :

.....
.....

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Personne à joindre pour préparer l'HAD :

.....
.....

Accord Patient / Entourage : Oui Non

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Vit seul(e) Oui Non

Patient connu porteur de BMR : Oui Non

Démarches sociales en cours : Oui Non

PATHOLOGIE(S)

DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

Rappel NOM-Prénom du patient :

OBJET(S) DE LA PRESCRIPTION

- Soins palliatifs
- Traitement antalgique IV ou sous cutanée
- Traitement intraveineux (Antibiothérapie, autres) par.....
- Nutrition : IV SNG GEP

- Administration de chimiothérapie IV sous cutanée Per-os par.....
- Surveillance de chimiothérapie parJ1 le.....
- Surveillance de radiothérapie
- Surveillance d'aplasie

- Pansements complexes
- Thérapie à pression négative
- Stomie compliquée
- Surveillance après intervention chirurgicale

- Rééducation orthopédique (5x/semaine)
- Rééducation neurologique (5x/semaine)

PRISE(S) EN CHARGE COMPLEMENTAIRE(S)

- Oxygénothérapie – VNI
- Suivi psychologique ou social
- Soins de nursing
- Rééducation orthopédique (3x/semaine)
- Rééducation neurologique (3x/semaine)

Date d'entrée en HAD souhaitée le : ___ / ___ /

IMPORTANT

- ✓ **Avec la demande**, joindre impérativement le traitement médical en cours.
- ✓ **Pour la sortie**, faxer l'ordonnance du traitement médicamenteux de sortie ainsi qu'un compte-rendu médical d'hospitalisation.

Nom du médecin :

Signature et cachet