

**A FAXER AU 03.83.28.48.79**

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médecin Prescripteur : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Etablissement : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Pôle : .....

Service adresseur : .....

N° de service / code : .....

IDE : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assistance Sociale : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## LE PATIENT

Nom et prénom :

.....  
.....

Nom du médecin traitant :

.....  
.....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Age : .....

I.D.E :

.....  
.....

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)

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 par .....J1 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**