

**A TRANSMETTRE PAR MAIL à :**  
[evaluation@hadan.mssante.fr](mailto:evaluation@hadan.mssante.fr) ou [evaluation@hadan.fr](mailto:evaluation@hadan.fr)  
**OU PAR FAX AU 03.83.28.48.79**

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

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

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

Pôle : .....

N° de service / code : .....

Service adresseur : .....

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

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

## LE PATIENT

### Etiquette patient

ou

Civilité :  Mr  Mme

Nom d'usage :  
.....

Nom de naissance :  
.....

Prénom :  
.....

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

Age : .....

Adresse précise en HAD :  
.....  
.....  
.....

☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Personne à joindre pour préparer l'HAD :  
.....  
.....

☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Patient connu porteur de BMR :  Oui  Non

Germe : ..... Localisation : .....

Nom et prénom du médecin traitant :  
.....

I.D.E :  
.....

Autres intervenants :  
.....  
.....

Accord Patient / Entourage :  Oui  Non

Vit seul(e)  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.....
- FER INJECT
- Nutrition :  IV  SNG  GEP
- DENUHAD
- 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.**

**Je confirme confier la prise en charge de mon patient à l'équipe médicale de l'HADAN.**

**Nom du médecin :**

**Signature et cachet**