

**A TRANSMETTRE PAR MAIL à :**  
[accueil-joeuf@hadan.mssante.fr](mailto:accueil-joeuf@hadan.mssante.fr) ou [accueil-joeuf@hadan.fr](mailto:accueil-joeuf@hadan.fr)  
**OU PAR FAX AU 03.82.47.53.41**

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 : .....

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

I.D.E : .....

Autres intervenants : .....

Adresse précise en HAD : .....

.....

.....

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

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

.....

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

Accord Patient / Entourage :  Oui  Non

Vit seul(e)  Oui  Non

Démarches sociales en cours :  Oui  Non

Patient connu porteur de BMR :  Oui  Non

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

**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**.

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

Nom du médecin :

Signature et cachet