

A TRANSMETTRE PAR MAIL à :
evaluation@hadan.mssante.fr ou 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 traitement médicamenteux systémique du cancer (TMSC) :
 - IV sous cutanée Per-os Surveillance par.....
- Surveillance de TMSC 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**.

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

Nom du médecin :

Signature et cachet