

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