Ligne dédiée : 06.08.30.93.44
DEMANDE 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 : _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Patient : ☐ à domicile ☐ en EHPAD / EMS :.....

LE PATIENT

Civilité : ☐ Mr ☐ Mme

Nom d'usage :

_____

Nom de naissance :

_____

Prénom :

_____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Age : _____

Adresse précise en HAD :

_____

_____

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et prénom du médecin traitant :

_____

I.D.E. libéraux :

_____

_____

Nom / prénom aidant principal à contacter :

_____

_____

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Accord Patient / Entourage : ☐ Oui ☐ Non

PATHOLOGIE(S) / SYMPTÔMES INCONFORTABLES / ANTECEDENTS

Pathologie / Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

Motif de la demande :

- ☐ Douleur
- ☐ Dyspnée
- ☐ Symptôme digestif
- ☐ Agitation / anxiété
- ☐ Autres symptômes :.....
- ☐ Autre : .....

Antécédents :

.....

.....

.....

Merci de joindre le compte rendu et la dernière ordonnance.

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

Nom du médecin : .....

Signature et cachet