

A TRANSMETTRE PAR MAIL à :
accueil-thionville@hadan.mssante.fr ou accueil-thionville@hadan.fr
OU PAR FAX AU 03.52.21.05.30

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 :

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Patient connu porteur de BMR : Oui Non

Germe : Localisation :

Accord Patient / Entourage : Oui NonVit seul(e) Oui NonDémarches sociales en cours : Oui Non**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
-
- 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