**DEMANDE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

Etablissement d’origine :

………………………….……………………………………

Service : ………………………………………………

Tél : ……………………………………………………….

Hospitalisation à domicile de Lozère

2 Traverse Jean de la Lozère

48000 - LOZERE

Tél : 04 66 94 39 30

Fax : 04 66 47 66 80

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR D’HAD**

**A ADRESSER PAR MESSAGERIE SECURISEE, FAX OU SOUS PLI CACHETE**

**Au médecin praticien d’HAD**

**Adresse mail sécurisée :** **hadlozere@hadfrance.mssante.fr** ***(uniquement si votre adresse mail est sécurisée)***

|  |
| --- |
| Je soussigné(e) Docteur……………………………………………………………………………………certifie que l’état de santé de M………………………………………………………………………Né (e) le ……………………………………………………………………………………………………………demeurant…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Téléphone du patient :……………………………….Nécessite son admission à l’Hôpital A Domicile de Lozère.Le médecin prescripteurDate, signature et cachet |

**ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE A L’ORIGINE DE LA PRISE EN CHARGE :**

**PROJET THERAPEUTIQUE / OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD :**

**DATE SOUHAITEE :**

**ETAT ACTUEL :**

**BILAN INFECTIEUX :**

Type de bactérie :

Origine urinaire [ ]  respiratoire [ ]  contact [ ]

Nécessité d’un isolement : oui [ ]  non [ ]

***Joindre obligatoirement une copie de l’analyse bactériologique et de l’antibiogramme***

**PROTOCOLE PERSONNALISE PREVISIONNEL DE SOINS :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⬜ | Assistance respiratoire◌ sous machine *prévoir*◌ sous oxygène *prescription* | ⬜ | Pansement chirurgicalLocalisation : |
| ⬜ | Nutrition parentérale | ⬜ | Autres pansementsLocalisation : |
| ⬜ | Nutrition entérale *prévoir prescription*◌ jéjunostomie◌ gastrostomie | ⬜ | Prise en charge de la douleur◌ PCA◌ SAP |
| ⬜ | Traitement par voie veineuse◌ voie d’abord :◌ PAC :  | ⬜ | Rééducation◌ orthopédique◌ neurologique◌ respiratoire |
| ⬜ | Soins palliatifs | ⬜ | Soins de nursing lourd |
| ⬜ | Chimiothérapie | ⬜ | Education du patient et de son entourage |
| ⬜ | Surveillance COVID | ⬜ | Radiothérapie |
| ⬜ | Surveillance post chimiothérapie | ⬜ | Surveillance d’aplasie |
| ⬜ | Soins techniques particuliers | ⬜ | Prise en charge psychologique |
| ⬜ | Prise en charge sociale |  |  |

**TRAITEMENT** : **prévoir prescription si médicaments de la pharmacie hospitalière**

Injections [ ]  IM [ ]  SC

Per os [ ]

Régime alimentaire [ ]

Le patient connait il [ ]  son diagnostic médical [ ]  son pronostic médical

Le patient a-t-il été transfusé durant son hospitalisation : [ ]  OUI [ ]  NON