

**DEMANDE D'ADMISSION EN HAD**

DATE DE LA DEMANDE : .....

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR : .....

ETABLISSEMENT : ..... TEL : .....

FAX : ..... EMAIL : .....

**DATE D'ADMISSION EN HAD SOUHAITEE** : ...../...../.....

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE :

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F  M 

Adresse : .....

..... Tel : .....

**DIAGNOSTIC/MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN HAD** : (veuillez nous communiquer le maximum d'informations médicales)

Patient porteur de BMR : oui non

**ANTECEDENTS CONNUS :**

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergie(s) :

**TRAITEMENT EN COURS :**- **Fiche de traitement en cours** : à faxer avec la demande- **le jour de l'admission** : nous faire parvenir **les ordonnances de sortie****PERSONNE A PREVENIR :**

Nom/Prénom : .....

Tel : ..... Lien avec la personne à prendre en charge : .....

**Type de prise en charge – Objectif thérapeutique**

<input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
<input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES ET SOINS SPECIFIQUES	<input type="checkbox"/> POST TRAITEMENT CHIRURGICAL
<input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE / ENTERALE	<input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT INTRAVEINEUX	<input type="checkbox"/> PEC PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE
<input type="checkbox"/> CHIMIOThERAPIE ANTICANCEREUSE	<input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> SURVEILLANCE DE GROSSESSE A RISQUE	<input type="checkbox"/> REEDUCATION NEURO - REEDUCATION ORTHO (Récupération autonomie – confort)

**IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX****MEDECIN TRAITANT**

Nom/Prénom : ..... Tel : .....

Le médecin traitant est-il informé de la demande en HAD ? OUI NON

**INFIRMIERS LIBERAUX**

Nom/Prénom : ..... Tel : .....

Nom/Prénom : ..... Tel : .....

**INFORMATIONS EN LIEN AVEC LES CONDITIONS DE VIE**

Evaluation Sociale : situation familiale.....Tutelle/Curatelle :.....Aides.....

**E-mail auquel vous souhaitez que vous soit envoyé le compte rendu d'hospitalisation HAD :**.....  
.....**Merci de joindre impérativement avec ce fax la copie des documents suivants :**

- Carte d'Identité du patient
- Carte vitale du patient
- Carte mutuelle du patient
- Compte-rendu d'Hospitalisation
- Dossier de liaison d'Urgence (pour les EHPAD)

**Nom et cachet du Médecin demandeur :****Date :**