**DEMANDE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

Etablissement d’origine :

…………………………………………………………………

Service : …………………………………………………

Tél : …………………………………………………………

Hospitalisation à domicile de Châlons en Champagne et Pays d’Argonne

51 rue du Commandant Derrien

51000 – CHALONS EN CHAMPAGNE

Tél : 03 26 63 56 40

Fax : 03 26 63 56 49

**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 :** **hadchalons@hadfrance.mssante.fr** ***(uniquement depuis une adresse mail sécurisée)***

|  |
| --- |
| Je soussigné(e) Docteur……………………………………………………………………………………certifie que l’état de santé du patient : Nom d’usage\* : …………………………………………………………………………………………………Nom de naissance\* : …………………………………………………………………………………………Date de naissance\* : ……/……/…… Lieu de naissance\* : ……………………INS\* : …………………………………………………………………………………………………………………Adresse du patient : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Téléphone du patient\* : ………………………………Nécessite son admission à l’Hôpital A Domicile Châlons en Champagne et Pays d’Argonne.Le médecin prescripteurDate, signature et cachet*\*Merci de remplir l’exhaustivité des renseignements pour éviter toute erreur d’identitovigilance.* |

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

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

**DATE DE PRISE EN CHARGE 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