**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**](mailto: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 prescripteur  Date, 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 chirurgical  Localisation : |
| ⬜ | Nutrition parentérale | ⬜ | Autres pansements  Localisation : |
| ⬜ | 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