

**DEMANDE D'ADMISSION EN HAD**

**IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR :** .....  
**ETABLISSEMENT :** .....  : .....  
**Fax :** ..... **E-mail :** .....

**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 :** .....  
 .....  
 : .....

**PERSONNE A CONTACTER / A PREVENIR : Nom Prénom :** .....

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

**IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX**

**MEDECIN TRAITANT :** ..... **Est-il informé de la demande d'HAD ?**  OUI  NON

**Nom / Prénom :** .....  : .....  
**Fax :** ..... **E-mail :** .....

**INFIRMIERS LIBERAUX**

**Nom / Prénom :** .....  : .....  
**Fax :** ..... **E-mail :** .....

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

**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 originales

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS                | <input type="checkbox"/> GESTION DE LA DOULEUR                 |
| <input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES            | <input type="checkbox"/> TRAITEMENT POST CHIRURGICAL           |
| <input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE /ENTERALE | <input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD                |
| <input type="checkbox"/> ANTIBIOTHERAPIE IV              | <input type="checkbox"/> PEC PSYCHO-SOCIALE                    |
| <input type="checkbox"/> CHIMIOTHERAPIE                  | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE               |
| <input type="checkbox"/> GROSSESSES A RISQUE             | <input type="checkbox"/> REEDUCATION NEURO – REEDUCATION ORTHO |
| <input type="checkbox"/> BMR                             | (récupération autonomie - confort)                             |

**Evaluation sociale :** Situation familiale : ..... Tutelle/curatelle ( ) Type de logement/hébergement : .....  
 Etage : ..... Ascenseur : ..... Aides humaines/matérielles : .....

\* : barrer la mention inutile

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

**MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC CE FAX :**

**COPIES : Carte d'Identité, Attestation Sécurité Sociale à jour, Carte Mutuelle, Dossier de Liaison d'Urgence**