

	Demande d'admission en HAD	Référence : HAD-PAR-ADM-ENR-001
		Version : 3
		Pages 2
		Structure : HAD
Type de document : Enregistrement		Processus : Préadmission / Admission

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :	
Nom du médecin /service prescripteur :	
Hospitalisé(e) depuis le :	Téléphone :

PATIENT(E) :	
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Né(e) le :
Adresse :	
Ville :	Téléphone :
N° SS :	Caisse SS : Mutuelle :
Adresse mail* :	
<i>*Le patient accepte de transmettre une adresse e-mail pour participer au questionnaire e satis : sa propre adresse e-mail ou celle d'un proche / membre de sa famille s'il n'en a pas, ou qu'il souhaite être aidé pour répondre au questionnaire »</i>	

MESURE DE PROTECTION				
Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>	Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

PERSONNE A PREVENIR	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :		
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Ville :	Code Postal :	

TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE :			
<input type="checkbox"/> Perfusion de type hospitalier	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Nursing lourd
<input type="checkbox"/> Chimio ou suivi post-chimio	<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale/entérale	<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/> Pansements complexes
<input type="checkbox"/> Traitement post chirurgical	<input type="checkbox"/> Traitement à réserve hospitalière	<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> PAP

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)
--

Je soussigné, Docteur
 Certifie que l'état de santé de Mr/Mme
 Nécessite une hospitalisation à domicile à compter de _____ pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations
 médicales et paramédicales de la présente demande.

Cachet du médecin prescripteur	Signature du médecin prescripteur





Demande d'admission en HAD

Référence : HAD-PAR-ADM-ENR-001

Version : 3

Pages 2

Structure : HAD

Mise en application : 14/05/2024

Type de document : Enregistrement

Processus : Préadmission / Admission

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (ordonnance à joindre, SVP) PO IV SC Pompe antalgique

Voie d'abord : VVP Mid Line VVC Picc-line Port a Cath Catheter Autre

ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) : Taille (en cm) : Pompe antalgique

Allergie(s) connue(s) : Non Oui :

Nutrition : Voie orale Adaptée (mixée) Nutrition entérale Nutrition Parentérale Nutrition IV SNG (ch :)

Respiration : Air ambiant O₂ (débit L/min) Continu OU Discontinu
 VNI (nuit/jour) Trachéotomie (réf. :) Aérosols Aspirations (réf. :)

Élimination : Autonome Changes-complets SAD (ch :) Sonde U Étui pénién (ch :)
 Stomie Colo Ileo Nephrostomie Dialyse Bricker

Hygiène : Autonome Toilette complète (au lit...) Aide à la toilette

Mobilité : Sans aide humaine Avec aide humaine Aide technique (Lève malade /verticalisateur) Alité

Troubles cognitifs : Oui Non Contention : Oui Non Risque de chute : Oui Non
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...)

Risque suicidaire : Oui Non Patient porteur BMR : Oui Non Risque iatrogène : Oui Non

REMARQUES :