

Service Hospitalisation à Domicile du CHIAP  
DEMANDE D'ADMISSION  
A FAXER AU 04 42 33 90 79

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 .....

Type de prise en charge- Objectif thérapeutique

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS                          | <input type="checkbox"/> POST TRAITEMENT CHIRURGICAL  |
| <input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES ET SOINS SPECIFIQUES | <input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD       |
| <input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE /ENTERALE           | <input type="checkbox"/> PEC PSYCHOLOGIQUE OU SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> TRAITEMENT INTRAVEINEUX                   | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE      |
| <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR             |   |

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

Antécédents médicaux chirurgicaux allergies....

TRAITEMENT EN COURS :

- ordonnance des traitements en cours : à envoyer avec la demande

Patient porteur de BMR ou de BMRE  OUI  NON

Evaluation de la dépendance : IK : ..... et / ou GIR : .....  
Evaluation sociale : Situation familiale : ..... Tutelle/curatelle : ..... Aides : .....  
Logement : ..... Etage : ..... Ascenseur : .....

Nom et cachet du médecin demandeur :

Date :