**DEMANDE D’ADMISSION EN HAD**

DATE DE LA DEMANDE :……………………………….

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR :………………………………………………………………………………………………………………….

ETABLISSEMENT :…………………………………………………………………………………TEL :………………………………………………………………….…FAX :…………………………………………………………………………………………………..…EMAIL :………………………………………………………………..

**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 :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Tel :…………………………………………………………

**DIAGNOSTIC/MOTIF MEDICAL D’ADMISSION EN HAD**: (veuillez nous communiquer le maximum d’informations médicales)

Patient porteur de BMR : oui non

**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 de sortie**

**PERSONNE A PREVENIR** :

Nom/Prénom :…………………………………………………………………………………………………………………….

Tel :……………………………………………………………………………Lien avec la personne à prendre en charge : ……………………………..

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

|  |  |
| --- | --- |
| SOINS PALLIATIFS | PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR |
| PANSEMENTS COMPLEXES ET SOINS SPECIFIQUES | POST TRAITEMENT CHIRURGICAL |
| NUTRITION PARENTERALE / ENTERALE | SOINS DE NURSING LOURD |
| TRAITEMENT INTRAVEINEUX | PEC PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE |
| CHIMIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE | ASSISTANCE RESPIRATOIRE |
| SURVEILLANCE DE GROSSESSE A RISQUE | REEDUCATION NEURO - REEDUCATION ORTHO  (Récupération autonomie – confort) |

**IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX**

**MEDECIN TRAITANT**

Nom/Prénom :…………………………………………………………………………… Tel : ………………………………………………………………………………

Le médecin traitant est-il informé de la demande en HAD ? OUI NON

**INFIRMIERS LIBERAUX**

Nom/Prénom :…………………………………………………………………………… Tel : ……………………………………………………………………………..

Nom/Prénom :…………………………………………………………………………… Tel : ………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS EN LIEN AVEC LES CONDITIONS DE VIE**

Evaluation Sociale : situation familiale……………………………….Tutelle/Curatelle :……………………………Aides…………………….…

**E-mail auquel vous souhaitez que vous soit envoyé le compte rendu d’hospitalisation HAD** :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Merci de joindre impérativement avec ce fax la copie des documents suivants :**

Carte d’Identité du patient

Carte vitale du patient

Carte mutuelle du patient

Compte-rendu d’Hospitalisation

Dossier de liaison d’Urgence (pour les EHPAD)

**Nom et cachet du Médecin demandeur :**

**Date :**