

Formulaire d'Enregistrement Administratif – FEA 04-00-01
Demande d'Admission en HAD

À faxer au 09.70.19.19.50 ou à adresser par mail à : secretariat.had@soins-assistance.org
Tél. : 04.96.20.66.88 / 04.96.20.66.70

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR :
ETABLISSEMENT : **Service :** **Personne contact :**
Téléphone : **Fax :** **E-mail :**

DATE D'ADMISSION EN HAD SOUHAITEE :/...../.....

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom de naissance : **Prénom :**
Nom d'usage : **Date de Naissance :**/...../..... **Sexe :** F M
Adresse : **Téléphone :**
N° SS :

PERSONNE A CONTACTER : Nom : **Prénom :**
Téléphone : **Lien de parenté :**

Ont consenti à la demande d'HAD : Patient : OUI NON Famille : OUI NON

IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX

MEDECIN TRAITANT informé de la demande d'HAD : OUI NON
Nom / Prénom :
Téléphone : **Fax :** **E-mail :**
INFIRMIER LIBERAL : Nom / Prénom :
Téléphone : **Fax :** **E-mail :**

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

ANTECEDENTS Médicaux :
Chirurgicaux :
Allergie(s) :

TRAITEMENT EN COURS : *Merci de joindre à la demande d'admission la fiche de traitement en cours.*
Le jour de l'admission, nous faire parvenir les ordonnances originales.

TYPE DE PRISE EN CHARGE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE 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"/> TRAITEMENT IV | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> CHIMIOOTHERAPIE | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE |
| <input type="checkbox"/> AUTRES : | <input type="checkbox"/> REEDUCATION NEUROLOGIQUE – REEDUCATION ORTHOPEDIQUE |

Patient porteur de BMR ou de BHR : OUI NON *Merci de joindre les résultats de dépistage à la demande d'admission*

Evaluation de la dépendance : Indice de Karnofsky : et / ou GIR :

Evaluation sociale : Vit seul : OUI NON Entourages présents : OUI NON Tutelle/curatelle :
 Logement : Etage : Ascenseur :

Pour EHPAD, Evaluation Anticipée : OUI NON

Date de la demande d'admission :

Nom et cachet du médecin demandeur :