



DEMANDE D'ADMISSION AU TITRE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

H.A.D - UNISAD
INSTITUT ARNAULT TZANCK

Mail Secrétariat : had@tzanck.mssante.fr

had@tzanck.org

Mail IDEC : idec.had@tzanck.mssante.fr

idec.had@tzanck.org

7J/24h : 04 92 27 55 43

IDEC : 04 92 27 55 04

Fax: 04 92 27 55 45

En vous remerciant d'envoyer dans les plus bref délais la demande et les prescriptions médicales

Date de la demande :/...../..... **Date de l'entrée souhaitée en HAD :**/...../.....

PRESCRIPTEUR

☐ ETABLISSEMENT DE SANTE :

Service :

Médecin :Tél :

Cadre de santé :Tél :

☐ MEDECIN TRAITANT :

Nom :Tél :

Signature et tampon du prescripteur

IDENTITE DU PATIENT

Nom:

Prénom:

Date de naissance :/...../.....

CSS/INS :

Tél:

☐ EHPAD

Adresse :

.....

Commune :

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

Le patient et/ou l'entourage sont informés :

- de votre demande de prise en charge en HAD ☐ OUI
- du traitement des données à caractère personnel ☐ OUI

EVALUATION SOCIALE

Vit : ☐ Seul ☐ En couple ☐ Chez un enfant ☐ Autre :

Aidant Principal : Tél :

Personne de confiance : Tél :

Médecin Traitant : Tél :

EVALUATION DEPENDANCE

Poids : ☐ Variation Taille :

Niveaux	1	2	3	4
Habillage ou toilette	☐	☐	☐	☐
Déplacements et locomotion	☐	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐	☐
Comportement	☐	☐	☐	☐
Relation et communication	☐	☐	☐	☐
Continence	☐	☐	☐	☐

Cotation

- 1 : Indépendance complète
- 2 : Supervision ou arrangement
- 3 : Assistance partielle
- 4 : Assistance totale

☐ Sonde Vésicale ☐ Colostomie

Indice de Karnofsky

- ☐ 10 à 30 Incapable de s'occuper
- ☐ 40 à 70 Incapable de mener une activité normale, assistance variable
- ☐ 80 à 100 Capable de mener une vie normale

DIAGNOSTIC PRINCIPAL et histoire de la maladie

.....

.....

.....

.....

Allergies, Antécédents :

.....

☐ ACCES VEINEUX EN PLACE

☐ Voie Veineuse Périphérique ☐ Voie Veineuse Centrale ☐ Chambre implantable ☐ Autres abords veineux :

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE

(Cocher le ou les items ayant motivés la demande)

☐ Assistance respiratoire	☐ O2 ☐ VNI ☐ Trachéo ☐ Aspiration ☐ Aérosol
☐ Nutrition parentérale	☐ /24h ☐ /12h ☐ Autre :
☐ Nutrition entérale	☐ SNG ☐ Gastro. ☐ Jéjuno. ☐ /24h ☐ /12h ☐ Autre :
☐ Traitements injectable	☐ IV ☐ IM ☐ SC
☐ Soins palliatifs	Diagnostic ☐ posé ☐ connu par le patient ☐ connu par la famille
☐ Chimiothérapie anti-cancéreuse	Type :
☐ Surv. Post Chimiothérapie	Type :
☐ PEC de la douleur	EVA : ☐ PCA ☐ Antalgiques :
☐ Pansements	☐ ≥20min/j ☐ TPN ☐ Autres : Siège :
☐ Post-traitement chirurgical	Date de l'intervention :
☐ Rééducation ortho./neuro.	Intervenant : Nb de séances /sem :
☐ Soins de nursing	Tps estimé :
☐ Éducation du patient	Type :
☐ Surveillance Radiothérapie	NB Séances : Zone :
☐ PEC psychologique ou sociale	Nécessite l'intervention : ☐ Psychologue ☐ Assistante sociale

PROJET THERAPEUTIQUE (joindre les prescriptions médicales)

Soins à détailler (type, fréquence, voie d'administration) :

.....

Protocoles à appliquer :

.....

Surveillances particulières et précautions :

BMR ☐ Oui ☐ Non

MATERIEL A METTRE EN PLACE

☐ Lit médicalisé ☐ Matelas à air ☐ Lève personne/verticalisateur ☐ Fauteuil roulant/coquille
☐ O2, débit:..... l/min ☐ Optiflow ☐ Aspiration trachéale ☐ VNI
☐ Pompe : ☐ Autres :

CADRE RESERVE A L'HAD

Renseigné par : ☐ Médecin Praticien ☐ Cadre de Santé ☐ Direction

☐ ACCORD DE PRISE EN CHARGE : Date prévisionnelle de prise en charge :/...../.....

EN CAS DE NON ADMISSION :

- **Annulation :** ☐ Par le demandeur (décès, altération de l'état général, autre orientation) ☐ Choix du patient
- **Motifs du refus :** ☐ Critères insuffisant ☐ Hors secteur ☐ Refus médecin traitant ☐ Absence d'intervenants libéraux ☐ Insuffisance du dispositif d'aide au domicile ☐ Limite des conditions de maintien à domicile ☐ Autres :

NOM / Signature :

Date de réponse au demandeur :/...../.....

