

- |                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Procédure    | <input type="checkbox"/> Protocole de soins | <input type="checkbox"/> Formulaire vierge           | <input type="checkbox"/> Fiche de poste |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu | <input type="checkbox"/> Document externe   | <input checked="" type="checkbox"/> Document interne |   |

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Saisie par :  Entretien téléphonique  Visite  
 Date d'admission souhaitée en HAD : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Durée prévisionnelle de la PEC : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 1. Identité du patient :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F  Enfant <16 ans  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
 Nom de résidence : \_\_\_\_\_ Bâtiment : \_\_\_\_\_  
 Code d'accès : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

### 2. Renseignements médicaux :

Pathologie à l'origine de la PEC :

Antécédent(s) et allergies :

Allergie :  oui  non

Si oui, laquelle :

Patient porteur de BMR  oui  non

Si oui, germe.....

Localisation.....

Poids :

Taille :

Traitements onéreux :

Traitements hospitaliers :

Protocole chimio/immuno. :

### Motifs de prise en charge en HAD :

Rééducation/Réadaptation		Soins palliatifs		Assistance respiratoire	
Traitement IV		Prise en charge de la douleur		Nutrition entérale	
Autre traitements		Post-traitement chirurgical		Nutrition parentérale	
Chimiothérapie		Sortie précoce de chirurgie		Education thérapeutique	
Surveillance postchimio./radiothér.		Pansement complexe		Prise en charge psychosociale	
Surveillance d'aplasie		Soins nursing		Autre :	

Objectifs de prise en charge et devenir :

### 3. Evaluation de la dépendance (A-Autonome / B-Aide partielle / C-Totalement dépendant) :

Conscience / Communication		Elimination	
Respiration		Douleur	
Déplacements - validité		Hygiène	
Alimentation		Sommeil	

