|  |
| --- |
| **DEMANDE D’ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE****HAD CENTRE HOSPITALIER DE CANNES**Secrétariat  : 04.92.18.67.06 Fax : 04.93.69.75.97 Mail : secretariat.had@ch-cannes.fIDE coordinatrice : 04.93.69.72.68 Mail : soin.had@ch-cannes.fr En vous remerciant de joindre à cette demande les prescriptions médicales dès que possible |

Demandeur : Tél :

Date de la demande : / / Date de l’entrée souhaitée en HAD : / /

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESCRIPTEUR** | **IDENTITE DU PATIENT** |
| ❑ ETABLISSEMENT DE SANTEMédecin : Tél :Cadre de santé : Tél :Service : Tél :❑ MEDECIN TRAITANT : Dr   Tél :Signature et tampon du prescripteur | Nom :Prénom :Date de naissance :Tél :Adresse mail :Adresse :Commune :Si en EHPAD, nom et adresse : |
| **EVALUATION SOCIALE** |
| ❑ Vit seul ❑ en couple ❑ chez un enfant ❑ autre Aidant principal : Tél :Personne de confiance : Tél :IDEL ou SSIAD : Tél :Connu de l’assistance sociale du service OUI NON NECESSITE ? OUI NONDispositifs existants : ❑ Aide à domicile ❑ APA ❑ Portage des repas ❑ TéléalarmeDémarches en cours : ❑ OUI ❑ NON Préciser :MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE ❑ OUI ❑ NON ❑ EN COURS  ❑ Curatelle ❑ Tutelle ❑ Sauvegarde de justice Coordonnées tuteur : |
| **EVALUATION DEPENDANCE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poids** | **Variation**  |  |  |  |  | **Taille** |  | **Indice de Karnofsky** |
| Niveaux  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | Cotation |  | ❑ | 10 à 30 Incapable de s'occuper |
| Habillage ou toilette | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | 1 | Indépendance complète | ❑ | 40 à 70 Incapable de mener une  |
| Déplacements et locomotion | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | 2 | Supervision ou arrangement |  | activité normale, assistance variable |
| Alimentation |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | 3 | Assistance partielle | ❑ | 80 à 100 Capable de mener une vie normale |
| Comportement | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | 4 | Assistance totale |  |  |
| Relation et communication | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |  |  |  |  |  |
| Continence |  | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | Sonde vésicale | ❑ | Colostomie |

 |
| **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET HISTOIRE DE LA MALADIE** |
| Allergies et antécédents : |
| **MOTIFS DE PRISE EN CHARGE** |
| ❑ Assistance respiratoire ❑ O² ❑VNI ❑ Trachéo ❑ Aspiration ❑ Aérosols❑ Nutrition parentérale❑ Nutrition entérale ❑ Sonde nasogastrique ❑ Gastrostomie ❑Jéjunostomie+❑ Traitements injectables ❑ IM ❑SC ❑IV sur ❑Picc-line ❑ DVI ❑VP ❑ Soins palliatifs Diagnostic ❑posé ❑connu par le patient ❑connu par la famille Connu de TERDASP ❑ EMSP ❑ RESEAU ❑Directives anticipées ❑ Chimiothérapie anti-cancéreuse Type :❑ Surveillance post-chimiothérapie Type :❑ PEC de la douleur ❑PCA ❑ Antalgiques : ❑ Pansements ❑Escarres : stade  ❑Ulcères ❑Autres : préciser ❑ TPN❑ Post-traitement chirurgicale Date de l’intervention :❑ Rééducation❑ Soins de nursing ❑ Aide partielle ❑ Aide totale Passage : Matin Soir❑ Education du patient Type❑ PEC psychologique Nécessité d’une intervention  |
| **PROJET THERAPEUTIQUE (joindre les prescriptions médicales)**Soins à détailler (type, fréquence)Protocoles à appliquer :Si aggravation au domicile CAT : Hospitalisation ❑ OUI ❑ NON Dans le service d’origine ❑ OUI ❑ NON Maintien à domicile ❑ OUI ❑ NONStatut infectieux ❑ OUI ❑ NON Préciser : |
| **CADRE RESERVE A L’HAD** |
| Patient éligible en HAD ❑ OUI ❑ NON Si non motif :Date, nom et signature  |