|  |
| --- |
| **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.f](mailto:secretariat.had@ch-cannes.f)  IDE 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 SANTE  Médecin : 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 NON  Dispositifs existants : ❑ Aide à domicile ❑ APA ❑ Portage des repas ❑ Téléalarme  Démarches 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 ❑ NON  Statut infectieux ❑ OUI ❑ NON Préciser : | |
| **CADRE RESERVE A L’HAD** | |
| Patient éligible en HAD ❑ OUI ❑ NON Si non motif :  Date, nom et signature | |