



Tél : 04.91.44.40.02  
 Fax : 04.91.87.13.51  
 secretariat@had-bdr.fr  
 52, route d'Allauch- 13011 Marseille

## DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR : .....

ETABLISSEMENT : ..... ☎ : .....

Fax : ..... E-mail : .....

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

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE :

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de Naissance : .... / .... / ..... Sexe :  F  M

Adresse : .....

☎ : ..... N° Sécurité Sociale : .....

PERSONNE A CONTACTER / A PREVENIR : Nom et Prénom : .....

☎ : ..... Lien avec la personne à prendre en charge : .....

### IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX :

MEDECIN TRAITANT : ..... Est-il informé de la demande d'HAD ?  OUI  NON

Nom / Prénom : ..... ☎ : .....

Fax : ..... E-mail : .....

### INFIRMIERS LIBERAUX :

Nom / Prénom : ..... ☎ : .....

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

### ANTECEDENTS CONNUS :

Médicaux : .....

Chirurgicaux : .....

Allergie(s) : .....

### TRAITEMENT EN COURS :

- Fiche de traitement en cours à faxer avec la demande
- Le jour de l'admission, nous faire parvenir les ordonnances originales

### TYPE DE PRISE EN CHARGE- OBJECTIF THERAPEUTIQUE :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                 | <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur  |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes             | <input type="checkbox"/> Traitement post chirurgical  |
| <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale / entérale | <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourd   |
| <input type="checkbox"/> Antibiothérapie IV               | <input type="checkbox"/> Pec psycho-sociale   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                   | <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire  |
| <input type="checkbox"/> Grossesse a risque               | <input type="checkbox"/> Rééducation neuro – rééducation ortho (récupération autonomie - confort) |

Patient porteur de BMR ou de BHRE :  OUI  NON

Evaluation de la dépendance :  AUTONOME  AIDE  GRABATAIRE

Nom et cachet du médecin demandeur :  
 Date :