

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE DEMANDEUR

Date de la demande : / / 20.....

Date de prise en charge souhaitée : / / 20.....

Projet réalisable sous : jours

Etiquette patient

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Spécialité :

Etablissement / Service :

Tél du service :

Signature :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Signature :

INFORMATIONS MEDICALES

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Antécédents :

Histoire de la maladie (joindre le CRH si possible) :

Allergies / intolérances :

TRAITEMENT ACTUEL : joindre le traitement en cours

Poids : kg

Taille : cm

EVALUATION DE LA DEPENDANCE : A autonome / B aide partielle / C aide totale

Conscience – communication : A - B - C

Soins d'hygiène : A - B - C

Respiration : A - B - C

Continence urinaire : A - B - C

Mobilisation : A - B - C

Continence digestive : A - B - C

Alimentation : A - B - C

PERSONNES RESSOURCES A DOMICILE :

Entourage : ☐ Oui ☐ Non

Contact :

IDE Libéraux : ☐ Oui ☐ Non

Kinésithérapeute : ☐ Oui ☐ Non

Autre :

Patient connu de l'assistant social de votre service ? ☐ Oui ☐ Non

BESOINS EN HAD :

Diététicien : ☐ Oui ☐ Non

Assistant social : ☐ Oui ☐ Non

Kinésithérapeute : ☐ Oui ☐ Non

Psychologue : ☐ Oui ☐ Non

EVALUATION PSYCHOLOGIQUE

Diagnostic verbalisé au patient : ☐ Oui ☐ Non

Diagnostic verbalisé à l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Pronostic verbalisé au patient : ☐ Oui ☐ Non

Pronostic verbalisé à l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Page 1 sur 2 – tournez SVP

PROJET THERAPEUTIQUE

☐ Poursuite des soins hospitaliers

☐ Récupération d'autonomie

☐ Prise en charge palliative

☐ Autre :

PARTIE A RENSEIGNER PAR L'HAD

☐ ACCORD

DECISION HAD

☐ REFUS

☐ REPORT

Si refus ou report, motif :

SOINS PREVISIONNELS

SOINS PREVISIONNELS :

FREQUENCE :

INTERVENANTS (HAD / LIBERAL) :

• PERFUSIONS/INJECTIONS .....	.....	.....
.....		
• AEROSOLS .....	.....	.....
.....		
• PANSEMENTS .....	.....	.....
.....		
• AUTRES SOINS (SONDE, PCA, ...) .....	.....	.....
.....		
• SOINS D'HYGIENE .....	.....	.....
.....		
• SOINS DE REEDUCATION .....	.....	.....
.....		
• PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE .....	.....	.....
.....		

MEDECIN PRATICIEN D'HAD

Nom :

Date :

Signature :

☐ Antenne de La Seyne sur Mer :

Par mail : had.capdomicile83500@elsan.care

Par mail sécurisé : secretariat83500@had-capdomicile.mssante.fr

Tél : 04 28 63 00 00

☐ Antenne de La Garde :

Par mail : had.capdomicile83400@elsan.care

Par mail sécurisé : secretariat83400@had-capdomicile.mssante.fr

Tél : 04 28 63 00 00