

|                                                                                   |                                        |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
|  | <b>Suivi de la demande d'admission</b> | Référence : SSBDR-PAR-ENR-002    |
|                                                                                   |                                        | Version : 2                      |
|                                                                                   |                                        | Page 1                           |
|                                                                                   |                                        | Structure : HAD                  |
|                                                                                   |                                        | Mise en application : 23/02/2023 |
| Type de document : Enregistrement SSBDR                                           |                                        | Processus : Parcours du patient  |

|                                                                                       |             |                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ADMISSION</b> <input type="checkbox"/> <b>READMISSION</b> |             | <b>N° DOSSIER :</b> .....                                                                                                                                                            |
| <b>NOM PRENOM PATIENT :</b> .....                                                     |             |                                                                                                                                                                                      |
| <b>SECRETARIAT</b>                                                                    |             |                                                                                                                                                                                      |
| Saisi le ..... à .....h..... Par .....<br>Signature :                                 |             | <b>Zone géographique</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                                                |
| <b>MEDECIN COORDONNATEUR</b>                                                          |             |                                                                                                                                                                                      |
| Dossier vu le ..... à ... h ... Par .....<br>Signature :<br><u>OBSERVATIONS :</u>     |             | <b>Avis Favorable</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br><b>Accord du Médecin Traitant</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si refus, merci de noter le ou les motifs :                                           |             |                                                                                                                                                                                      |
| <b>CADRE DE SANTE OU RESPONSABLE ANTENNE</b>                                          |             |                                                                                                                                                                                      |
| Dossier vu le ..... à ... h ... Par .....<br>Signature :<br><u>OBSERVATIONS :</u>     |             | <b>Avis Favorable</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                                                   |
| <b>DIRECTEUR</b>                                                                      |             | <b>Accord</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                                                           |
| <b>IDE COORDINATEUR</b>                                                               |             |                                                                                                                                                                                      |
| Dossier vu le ..... à ..... h ..... Par .....<br>Signature :<br><u>OBSERVATIONS :</u> |             | <b>Accord du patient</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                                                |
| Date enregistrement du dossier (Secrétaire)                                           |             | Date admission en HAD (Méd.Co)                                                                                                                                                       |
| Si délai PEC > 48 H en regard de la date d'enregistrement (Méd. Co.)                  | → Raisons : |                                                                                                                                                                                      |

(Document à remettre à la secrétaire une fois le document rempli pour statistiques)