

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION HAD 39

Fiche du Médecin Prescripteur
A l'attention du Médecin Coordonnateur



305 rue Désiré Monnier
39000 LONS LE SAUNIER
☎ 03.84.87.03.42
à faxer 03.84.43.09.38 ou
à envoyer par e-mail à
lons-le-saunier@had39.fr

Merci de joindre un bulletin de situation

MEDECIN PRESCRIPTEUR	Je soussigné(e) NOM :	<input type="radio"/> médecin traitant	<input type="radio"/> médecin hospitalier
	Prénom :		
	Etablissement:	Service :	
	Tél :	Fax :	
	Adresse mail :		

Demande une admission à l'HAD pour :

PATIENT	Mr Mme ** :	Prénom :
	Nom de jeune fille :	Tél fixe:
	Date de naissance :	Tél portable :
	Adresse (lieu HAD):	
	Situation familiale :	Accord verbal du patient (e) : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Entourage du patient/personne à prévenir :

NOM Prénom	Lien de parenté	Téléphone fixe
		Téléphone travail
		Téléphone portable
NOM Prénom	Lien de parenté	Téléphone fixe
		Téléphone travail
		Téléphone portable

Médecin traitant : NOM Accord verbal médecin traitant pour
Prénom : la prise en charge HAD : Oui Non
Téléphone :

Spécialiste référent :

Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie: (merci de joindre le dernier courrier)

.....
.....
.....

Antécédents : Allergie : Oui Non
Si oui laquelle :
 Patient porteur de BMR oui non
Si oui, germe : Localisation :

PROJET THERAPEUTIQUE

Objectifs de la demande HAD :

.....
.....
.....

RDV consultations/examens prévus :

.....
.....
Nom du patient: Prénom du patient:

BILAN DE PRISE EN CHARGE

Autonomie :

Alité oui non
Marche oui non seul avec aide
Alimentation orale oui non seul avec aide poids :.....
Hygiène corporelle seul aide partielle aide totale
Continence urinaire oui non
Etui pénien oui non
Sonde urinaire oui non date de la pose :/...../..... indication :
Continence fécale oui non
Colostomie oui non
Escarre oui non Localisation :

O Respiratoire : Oxygène : l/min Lunettes VNI Respirateur

Kiné respiratoire : oui nonfois/semaine

O Nutrition :

Entérale : SNG / Gastrostomie / Jejunostomie
 Parentérale** : Chambre à Cathéter Implantable /Voie Veineuse Centrale/Voie Veineuse Périphérique

Nom des nutriments : Vitesse d'administration :

O Pansements :

Durée environ minutes Fréquence : /jour /sem

Localisations :

O Rééducation : Kinésithérapie : fois/sem. Orthophonie : fois/sem.

O Chimiothérapie : terminée en cours prévue

O Radiothérapie : terminée en cours prévue

O Suivi Equipe Mobile de Soins Palliatifs Suivi ARESPA

Lieu EMSP :..... Lieu ARESPA :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Per os :

.....
.....
.....
Intraveineux : Chambre à Cathéter Implantable Voie Veineuse Centrale Voie Veineuse Périphérique

Sous-cutané :

Prise en charge sociale :

Assistante sociale
 hospitalière : nom : Tél :
 autre : nom : Tél :
Aide sociale :

Prise en charge à domicile:

Inf. libéral(e) nom :
SSIAD :
Autres structures :

Date :/...../.....

Signature et cachet du médecin prescripteur