

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Compte tenu de l'étendue du territoire, un délai de prise en charge est à prévoir

Je soussigné(e) Docteur : _____ ,

médecin traitant à domicile, ou médecin en établissement : _____

tél du médecin : _____ , certifie que l'état de santé de

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

1^{er} Prénom : _____ Liste autre prénoms : _____

né(e) le : _____ Sexe : F H I

Demeurant : _____

Tél patient/famille »: _____ .

nécessite son admission dans le service d'HAD. Son entrée en HAD est souhaitée le : _____

pour une durée prévisionnelle de prise en charge de : _____ .

Cachet *Le médecin prescripteur*

Date, signature

Préciser le médecin traitant si ce n'est pas le prescripteur : Dr _____ à _____

PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE et histoire de la maladie

ANTECEDENTS NOTABLES	ALLERGIES

EVALUATION DE LA DEPENDANCE	A : autonome , B : aide partielle , C : totalement dépendant	
Fonctions supérieures : Conscience : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Cohérence : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Communication : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Orient° temp-spatiale : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Respiration : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C > Oxygène <input type="checkbox"/> > Aérosols <input type="checkbox"/> > Trachéotomie <input type="checkbox"/> >Vent° assistée <input type="checkbox"/> Alimentation : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C >SNO <input type="checkbox"/> > Gastrostomie <input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C >Sonde vésic <input type="checkbox"/> > Autre Elimination fécale : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C >Stomie <input type="checkbox"/> > Autre Toilette : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

Cadre réservé à l'HAD – Demande reçue le :