

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

M _____ Nom de jeune fille : _____

né(e) le : _____ 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 : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Cohérence : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Communication : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Orient° temp-spatiale : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Déplacements : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Respiration : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> > Oxygène <input type="checkbox"/> > Aérosols <input type="checkbox"/> > Trachéotomie <input type="checkbox"/> >Vent° assistée <input type="checkbox"/> Alimentation : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> >SNO <input type="checkbox"/> > Gastrostomie <input type="checkbox"/> > Jéjunostomie <input type="checkbox"/> > Nut parentérale <input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> >Sonde vésic <input type="checkbox"/> > Autre Elimination fécale : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> >Stomie <input type="checkbox"/> > Autre Toilette : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

<input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS Diagnostic connu du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pronostic connu du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> sous oxygène <input type="checkbox"/> sous machine
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR Intensité : <input type="checkbox"/> faible, <input type="checkbox"/> moyenne, <input type="checkbox"/> forte, <input type="checkbox"/> très forte <input type="checkbox"/> avec pompe PCA <input type="checkbox"/> avec seringue électrique	<input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE <input type="checkbox"/> voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> chambre implantable
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT INTRA VEINEUX autre que nutrition <input type="checkbox"/> voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> chambre implantable	<input type="checkbox"/> NUTRITION ENTERALE <input type="checkbox"/> par sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> par gastrostomie <input type="checkbox"/> par jejunostomie
<input type="checkbox"/> POST TRAITEMENT CHIRURGICAL Localisation : _____	<input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD Supérieur à 2 heures/jour
<input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES ET/OU MULTIPLES Type de plaie : <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Ulcère Localisation : _____	<input type="checkbox"/> REEDUCATION <input type="checkbox"/> Orthopédique <input type="checkbox"/> neurologique <input type="checkbox"/> respiratoire
<input type="checkbox"/> SURVEILLANCE POST CHIMIOThERAPIE	<input type="checkbox"/> EDUCATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE
<input type="checkbox"/> SURVEILLANCE DE RADIOTHERAPIE	
<input type="checkbox"/> SURVEILLANCE D'APLASIE	
<input type="checkbox"/> AUTRES TRAITEMENTS : _____	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> du patient <input type="checkbox"/> de l'entourage
	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE SOCIALE
	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PAR DIETETICIENNE

TRAITEMENT ACTUEL : Joindre une copie de l'ordonnance

Régime : _____

BILAN INFECTIEUX en cas d'identification de bactéries Joindre obligatoirement la bactériologie avec antibiogrammeGerme : _____ BMR : Oui, NonLocalisation : urinaire, respiratoire, cutanée, autre : _____**PERSONNES RESSOURCES intervenant déjà à domicile**

Entourage : _____ tél : _____

 IDE libérales : _____ tél : _____ Kiné libéral : _____ tél : _____ Réseau de santé SARV**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES****Cadre réservé à l'HAD – Demande reçue le :**