

## DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Document confidentiel à retourner **IMPERATIVEMENT** au **Secrétariat Médical** : E-Mail : [secretariat.medical@ch-sartene.fr](mailto:secretariat.medical@ch-sartene.fr) -Tél : 04 95 77 95 27 Fax : 04 95 77 95 07 Courrier : Centre Hospitalier de Sartène-A l'attention du Secrétariat Médical-Lieu-dit Cacciabeddu-Route de Grossa-BP 141-20100 Sartène

### Compte tenu du territoire d'intervention, 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

<p><b>Fonctions supérieures :</b></p> <p>Conscience :           A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>Cohérence :             A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>Communication :       A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>Orient° temp-spatiale : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p><b>Déplacements :</b>        A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Respiration :</b>    A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>&gt; Oxygène       <input type="checkbox"/> &gt; Aérosols       <input type="checkbox"/></p> <p>&gt; Trachéotomie <input type="checkbox"/> &gt;Vent° assistée <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alimentation :</b> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>&gt;SNO               <input type="checkbox"/> &gt; Gastrostomie <input type="checkbox"/></p> <p>&gt; Jéjunostomie <input type="checkbox"/> &gt; Nut parentérale <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Elimination urinaire :</b> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>&gt;Sonde vésic <input type="checkbox"/> &gt; Autre .....</p> <p><b>Elimination fécale :</b> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>&gt;Stomie         <input type="checkbox"/> &gt; Autre .....</p> <p><b>Toilette :</b>                                    A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p>
---	--	---

**MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

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

**TRAITEMENT ACTUEL : Joindre une copie de l'ordonnance**

Régime :

**BILAN INFECTIEUX en cas d'identification de bactéries Joindre obligatoirement la bactériologie avec antibiogramme**Germe : \_\_\_\_\_ 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 :**