

DEMANDE ADMISSION EN HAD

PATIENT	☐ M. ☐ Mme ☐ Enfant de < 16 ans	Situation familiale :
	NOM d'usage :	Tel :
	NOM de naissance :	Adresse (lieu de prise en charge en HAD) :
	Prénom(s) :	
	Date de naissance :	Accord verbal du patient : ☐ oui ☐ non
MEDECIN PRESCRIPTEUR	NOM :	Prénom :
	☐ Médecin traitant	☐ Médecin hospitalier
		Éts et service :
	Tél :	Tél :
	@mail :	@mail :

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM :	Prénom :
Lien de parenté :	Tel(s) :

Environnement médical

Nom du médecin traitant :	Nom du médecin spécialiste référent :
	Etablissement :
	Spécialité :
Suivi Équipe Mobile de Gériatrie : ☐ oui ☐ non	Suivi Équipe Mobile de Soins Palliatifs : ☐ oui ☐ non

Motif de la demande

☐ prise en charge palliative	☐ antibiothérapie IV	☐ post-chirurgical
☐ pansement complexe	☐ nutrition entérale	☐ rééducation
☐ surveillance post-chimiothérapie	☐ nutrition parentérale	☐ autres :
☐ surveillance de radiothérapie	☐ statut dormant (Ehpad)	

Informations médicales :

Histoire de la maladie / Projet thérapeutique personnalisé
Allergie ☐ oui ☐ non <u>Si oui préciser :</u>
Antécédents :

Cachet du prescripteur

Date : ____/____/____