

Formulaire à renseigner et à envoyer par email : [had@santexcelcfc.fr](mailto:had@santexcelcfc.fr)

<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR</b>	Je soussigné(e) <b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	
	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Médecin hospitalier	
	Tél :	Établissement :	Service :
	Fax :		
	Adresse email :		
	Adresse email sécurisée :		

**Demande une admission en HAD pour**

<b>PATIENT</b>	M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> Enfant < 16 ans <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
	Nom de naissance :	Tél :
	Nom d'usage :	Adresse ( <i>lieu de prise en charge en HAD</i> ) :
	Prénom :	
	(ou étiquette patient)	Situation familiale :
		Accord verbal du patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Entourage du patient / personne à prévenir**

NOM Prénom	Lien de parenté	Tel fixe :
		Tel portable :

**Médecin traitant**

NOM : Accord médecin traitant pour la prise en charge en HAD  
 Prénom :  oui  non  
 Tél :  
 Médecin spécialiste référent :

Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie : (merci de joindre le dernier courrier)  
■ Allergie  oui  non  
Si oui laquelle

Antécédents : ■ 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.....

### BILAN DE PRISE EN CHARGE

#### Autonomie

- Alité  oui  non
- Marche  oui  non  seul  avec aide
- Alimentation orale  oui  non  seul  avec aide poids ..... kg
- 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 Escarre  oui  non Localisation.....

#### Respiratoire

Kinérespiratoire

- oxygène.....l/min  Lunettes  VNI  Respirateur
- oui  non .....fois/semaine

#### Nutrition

- entérale :SNG / Gastrostomie / Jéjunostomie
- parentérale\*\* : chambre à cathéter implantable/voie veineuse centrale/voie veineuse périphérique
- Nom des nutriments.....Vitesse d'administration.....

#### Pansements

- Durée environ.....minutes..... Fréquence..... / jour/sem
- Localisations.....

#### Rééducation

- kinésithérapie.....fois/sem  orthophonie .....fois/sem

#### Chimiothérapie

- terminée  en cours  prévue

#### Radiothérapie

- terminée  en cours  prévue

#### Suivi équipemobile desoins palliatifs Suivi DAC

Lieu EMSP..... Lieu DAC.....

### 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 + tel) .....
- autre (nom + tel).....
- Aide sociale

#### Prise en charge à domicile

- Inf. libéral(e) (nom).....
- Kinésithérapeute (nom).....
- SSIAD \_\_\_\_\_
- Autres structures.....

Date ..... /..... /.....

Signature et cachet du médecin prescripteur

