

Pré admission et Projet thérapeutique

Prescription HAD

Patient : Etiquette :
Nom, Prénom :
Date de naissance : .. / .. / ..
Téléphone :
Adresse :

Nom du demandeur :

Coordonnées du Médecin traitant :
N° de téléphone :

N° de fax :

Date de la demande : / /
Date d'admission souhaitée en HAD : / /
Durée prévisionnelle de la prise en charge :

Pathologie principale :

Antécédents :
.....
.....
HDM- Evolution récente :
.....
.....
ALLERGIES - INTOLERANCES :
.....

Connaissance du patient par rapport à la maladie : Diagnostique OUI /NON Pronostique OUI/NON Entourage OUI/NON

Poids : Kg Taille : Cm IMC :

O2 / VNI / VI		Rééducation orthopédique / neurologique	
Antibiotiques IV		Surveillance post-chimiothérapie	
Soins palliatifs		Soins de nursing lourds	
Nutrition entérale / parentérale		Surveillance de radiothérapie	
Traitement douleur avec PCA / MEOPA		Prise en charge psycho-sociale	
Pansements complexes (stomies compliquées, méchages...) temps de soins > ou = 30 min		Post-traitement chirurgical	
Pleur-X		Perfusion Fer	
TPN (ex : PICO, SNAP, VAC...)		Transfusion	

TRAITEMENT ACTUEL : JOINDRE ORDONNANCE DE SORTIE + Compte rendu hospitalier

EVALUATION DE LA DÉPENDANCE : (A- autonome / B- aide partielle / C- totalement dépendant)
Conscience / communication : Elimination :
Respiration : Douleur :
Déplacements - validité : Hygiène :
Alimentation : Sommeil :

Risques					
Chute:	OUI / NON	Contention:	OUI / NON	Risque respiratoire:	OUI / NON
Escarres:	OUI / NON	Score Norton:		Risque infectieux:	OUI / NON
Risque Suicidaire:	OUI / NON	Fausse route:	OUI / NON	Autres (préciser):	OUI / NON

SOINS PRÉVISIONNELS : Type de soins - fréquence / 24h et voie d'administration selon le cas

<u>Perfusions:</u>	Fréquence et rythme:	Intervenants NOM Tél
--------------------	----------------------	----------------------

<u>Injections:</u>	Fréquence et rythme:
--------------------	----------------------

<u>Aérosols:</u>	Fréquence et rythme:
------------------	----------------------

<u>Pansements:</u>	Fréquence et rythme:
--------------------	----------------------

<u>Autres: (sondes, PCA, ...)</u>	Fréquence et rythme:
-----------------------------------	----------------------

<u>Soins de rééducation</u>	Fréquence et rythme:
-----------------------------	----------------------

<u>Soins de nursing :</u>	Fréquence et rythme:
---------------------------	----------------------

<u>Consultations spécialisées</u>	Date & lieu
-----------------------------------	-------------

<u>Imagerie médicale:</u> RDV Programmés	Date & lieu
---	-------------

Réflexion bénéfice/risque:

IDE libérales :	OUI / NON	Nom:	Assistante Social HAD :	OUI / NON
-----------------	-----------	------	-------------------------	-----------

Entourage :	OUI / NON	Nom:	Diététicienne HAD :	OUI / NON
-------------	-----------	------	---------------------	-----------

Kinésithérapeute :	OUI / NON	Nom:	Psychologue HAD :	OUI / NON
--------------------	-----------	------	-------------------	-----------

Autres :	Nom:
----------	------

Je soussigné(é).....

Sollicite une demande de prise en charge en HAD

Médecin Prescripteur
Médecin traitant
Médecin Coordonnateur HAD
Nom, Prénom
Nom, Prénom
Nom, Prénom
Signature
Signature
Signature

Date:

Date:

Date:

Décision HAD :
☐ Accord

☐ Refus

☐ Report