

Date de la demande :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HAD

A remplir directement sur le document WORD

Etablissement demandeur : Service demandeur :
Médecin demandeur : Cadre infirmier :
Téléphone : Mail :

**INFORMATION
ADMINISTRATIVE**

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : DDN :

Adresse :
Téléphone : Personne à prévenir :
Accord du patient : ☐ Oui ☐ Non Accord de la famille : ☐ Oui ☐ Non
Situation familiale : ☐ vit seul(e) ☐ aidant présent ☐ Protection juridique :

INFORMATIONS MEDICALES

Date de retour à domicile envisagée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.....

Médecin traitant : Accord du médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Motif d'admission et soins envisagés à domicile :
.....
.....

Diagnostic connu du patient : ☐ oui ☐ non Suivi EMSP 05 : ☐ Oui ☐ Non

Afin d'optimiser le recueil de données et ainsi améliorer notre réactivité, merci de nous faire parvenir :

- une ordonnance du traitement actuel du patient
- un suivi médical récent avec la (ou les) pathologie(s), les ATCD, les allergies et les derniers bilans sanguins du patient.

INFORMATIONS PARA-MEDICALES

Bilan social : ☐ Fait ☐ En cours Intervenants à domicile avant HAD : ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, précisez : ☐ IDEL, Nom : ☐ SSIAD, Nom : ☐ SAAD : Nom : ☐ A mettre en place :

Toilette : ☐ complète lit ☐ partielle ☐ autonome ☐ 1 personne ☐ 2 personnes

Transfert : ☐ 1 personne ☐ 2 personnes ☐ sans aide ☐ Aide matérielle :

Alimentation : ☐ avec aide ☐ sans aide

Troubles cognitifs : ☐ Oui ☐ Non

Incontinence U : ☐ Oui ☐ Non / E : ☐ Oui ☐ Non

Sonde à demeure : ☐ oui ☐ non

Stomie : ☐ Oui ☐ Non

Voie d'abord : ☐ S/CUTANEE ☐ MIDDLELINE

☐ PAC ☐ PICCLINE

Logement adapté : ☐ Oui ☐ Non Besoin de matériel médical à mettre en place à domicile : ☐ Oui ☐ Non

Pansement : Localisation : Durée :

Protocole pansement :

Signature du médecin

prescripteur