

	<b>Demande d'admission en HAD</b>	Référence : HAD-PAR-ADM-ENR-001
		Version : 3
		Pages 2
		Structure : HAD
Type de document : Enregistrement		Processus : Préadmission / Admission
<b>DATE DE DEMANDE :</b>		<b>DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :</b>

<b>ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :</b>	
Nom du médecin /service prescripteur :	
Hospitalisé(e) depuis le :	Téléphone :

<b>PATIENT(E) :</b>	
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Né(e) le :
Adresse :	
Ville :	Téléphone :
N° SS :	Caisse SS : Mutuelle :
Adresse mail* :	
<i>*Le patient accepte de transmettre une adresse e-mail pour participer au questionnaire e satis : sa propre adresse e-mail ou celle d'un proche / membre de sa famille s'il n'en a pas, ou qu'il souhaite être aidé pour répondre au questionnaire »</i>	

<b>MESURE DE PROTECTION</b>	
Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> :

<b>PERSONNE A PREVENIR</b>	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

<b>PERSONNE DE CONFIANCE</b>	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

<b>MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :</b>		
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Ville :	Code Postal :	

<b>TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE :</b>			
<input type="checkbox"/> Perfusion de type hospitalier	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Nursing lourd
<input type="checkbox"/> Chimio ou suivi post-chimio	<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale/entérale	<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/> Pansements complexes
<input type="checkbox"/> Traitement post chirurgical	<input type="checkbox"/> Traitement à réserve hospitalière	<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> PAP

<b>CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)</b>
--

Je soussigné, Docteur  
 Certifie que l'état de santé de Mr/Mme  
 Nécessite une hospitalisation à domicile à compter de \_\_\_\_\_ pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations  
 médicales et paramédicales de la présente demande.

Cachet du médecin prescripteur	Signature du médecin prescripteur





# Demande d'admission en HAD

Référence : HAD-PAR-ADM-ENR-001

Version : 3

Pages 2

Structure : HAD

Mise en application : 14/05/2024

Type de document : Enregistrement

Processus : Préadmission / Admission

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (ordonnance à joindre, SVP)  PO  IV  SC  Pompe antalgique

Voie d'abord :  VVP  Mid Line  VVC  Picc-line  Port a Cath  Catheter  Autre

## ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) :                      Taille (en cm) :                       Pompe antalgique

Allergie(s) connue(s) :  Non  Oui :

Nutrition :  Voie orale  Adaptée (mixée)  Nutrition entérale  Nutrition Parentérale  Nutrition IV  SNG (ch : .....)

Respiration :  Air ambiant  O<sub>2</sub> (débit ..... L/min)  Continu OU  Discontinu  
 VNI (nuit/jour)  Trachéotomie (réf. :                      )  Aérosols  Aspirations (réf. :                      )

Élimination :  Autonome  Changes-complets  SAD (ch : ..... )  Sonde U  Étui pénién (ch : ..... )  
 Stomie  Colo  Ileo  Néphrostomie  Dialyse  Bricker

Hygiène :  Autonome  Toilette complète (au lit...)  Aide à la toilette

Mobilité :  Sans aide humaine  Avec aide humaine  Aide technique (Lève malade /verticalisateur)  Alité

Troubles cognitifs :  Oui  Non                      Contention :  Oui  Non                      Risque de chute :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...)

Risque suicidaire :  Oui  Non                      Patient porteur BMR :  Oui  Non                      Risque iatrogène :  Oui  Non

## REMARQUES :