

	 TI 	Référence : RF
		Version : IN
		Pages 2
		Structure : CH1
		Mise en application : DF
Type de document : TD		Processus : CP

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

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

PATIENT(E) :	
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>	

MESURE DE PROTECTION	
Tutelle ☐	Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Aucune ☐ Autre ☐ :

PERSONNE A PREVENIR	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE	
Personne ressource - Nom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :	
Nom :	Prénom : Téléphone :
Ville :	Code Postal :

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

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)

Je soussigné, Docteur
 Certifie que l'état de santé de M/Mme

Nécessite une hospitalisation à domicile à compter du

pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales

Cachet du médecin prescripteur	Signature du médecin prescripteur



	 TI 	Référence : RF
		Version : IN
		Pages 2
		Structure : CH1
		Mise en application : DF
Type de document : TD		Processus : CP

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) : -----
Allergie(s) connue(s) : ☐ Non ☐ Oui : -----
Nutrition : ☐ Voie orale ☐ Adaptée (mixée) ☐ Nutrition Entérale ☐ Nutrition Parentérale ☐ SNG (ch :) -----
Respiration : ☐ Air ambiant ☐ O ₂ (débit L/min) ☐ Continu OU ☐ Discontinu ☐ VNI (nuit/jour) ☐ Trachéotomie (réf. :) ☐ Aérosols ☐ Aspirations (réf. :) -----
Élimination : ☐ Autonome ☐ Changes-complets ☐ SAD (ch :) ☐ Stomie ☐ Colo ☐ Ileostomie ☐ Néphrostomie ☐ Dialyse ☐ Bricker ☐ Étui pénien (ch :) -----
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 :