



Nom du patient :			Prénom :			DDN : / /		
Adresse du patient :								
.....								
Téléphone :								
Personne référente :								
Téléphone :								
Date de la demande :			Date souhaitée de prise en charge :			Service demandeur :		
						Etablissement :		
Médecin prescripteur :						N° téléphone :		
Médecin traitant :						N° Fax :		
						@ :		
INTERVENANTS A DOMICILE AVANT L'HAD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IDE Libérale, Nom : <input type="checkbox"/> SSIAD, Nom : <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie, organisme : <input type="checkbox"/> Autres, précisez : 								
MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN HAD :								
PATHOLOGIE(S) :								
ANTECEDENT (S) :								
TRAITEMENT :								

Joindre impérativement l'ordonnance du traitement en cours à cette demande.

PRISE EN CHARGE SOIGNANTE AU DOMICILE

Capacités de la personne

Actes	Seul	Aide	Dépendant	
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langue parlée :
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs :
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'humeur :
Elimination	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matériel Médical <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Matelas à air dynamique <input type="checkbox"/> Table d'alité <input type="checkbox"/> Lève personne <input type="checkbox"/> Chaise percée <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Cannes anglaises <input type="checkbox"/> Déambulateur Autres :
	F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DISPOSITIFS MEDICAUX

- VVP VVC PICCLINE MIDDLELINE PAC
 Trachéo O2 CIPAP
 Sonde vésicale Stomie urinaire Stomie fécale Drains
 VAC PICO
 SNG Gastrostomie
Autres :

COMPLEMENT D'INFORMATION SI NECESSAIRE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :
 Nom, Prénom et signature du médecin prescripteur :

Tampon médical