

PATIENT

Nom et prénom : Date de naissance : / / SEXE : M - F
 Adresse :
 Lieu de vie : Domicile ☐ EHPAD ☐ ☐ Autre :

MEDECIN PRESCRIPTEUR DE L'HAD

☐ Médecin hospitalier ☐ Médecin traitant
 Centre hospitalier : Service :

Date d'envoi : / / Date souhaitée de prise en charge en HAD : / /

Coordonnées du médecin :

Nom: Prénom:
 Téléphone : Fax :
 Mail :@.....

Médecin Traitant (si prescripteur hospitalier)

Nom: Prénom:
 Téléphone : Fax :
 Mail :@.....

Proches désignés (noms, liens, coordonnées)

Assistante sociale (coordonnées) :

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE EN HAD

- | | |
|---|--|
| ☐ SOINS PALLIATIFS

☐ PRISE EN CHARGE POST OP

☐ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
.....
☐ IV ☐ SC

☐ PERFUSION
☐ Voie IV ☐ Voie IM ☐ Voie SC
☐ Chambre Implantable ☐ KT Central ☐ PIC LINE

☐ ASSISTANCE RESPIRATOIRE (prévoir prescription)
☐ Oxygène ☐ Ventilation Assistée ☐ VNI
☐ Jour ☐ Nuit ☐ 24hx24h
☐ Soins de trachéotomie ☐ Apnée du sommeil

☐ NUTRITION (prévoir prescription)
☐ Entérale ☐ Parentérale
☐ Sonde naso-oesophagienne ☐ Gastrostomie | ☐ PANSEMENTS COMPLEXES : localisation :

☐ VACTHERAPIE-TPN
☐ Soins colostomie

☐ REEDUCATION ORTHOPEDIQUE
☐ REEDUCATION NEUROLOGIQUE

☐ RADIOTHERAPIE
☐ SURVEILLANCE POST CHIMIOOTHERAPIE
☐ SURVEILLANCE D'APLASIE

☐ EDUCATION PATIENT/ENTOURAGE
☐ Diabète ☐ Colostomie ☐ Nutrition entérale ☐ Oxygène ☐ Autres :

☐ SOINS DE NURSING LOURDS

☐ PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE
☐ PC Sociale ☐ PC Psycho

☐ DEMANDE EVALUATION ANTICIPÉE EN EHPAD
☐ DEMANDE EVALUATION ANTICIPÉE A DOMICILE |
|---|--|

Histoire de la maladie, pathologies associées, antécédents

.....

STATUT INFECTIEUX

Type de bactérie :
 Origine : urinaire ☐ respiratoire ☐ contact ☐
 Nécessité d'un isolement : oui ☐ non ☐
 Joindre la copie de l'analyse bactériologique
 COVID19+ ☐ Oui ☐ Non

Merci de joindre le traitement de sortie

Signature du médecin prescripteur :

Date :