Santé Service CLERMONT-FERRAND	**Demande de prise en charge** **à envoyer par mail :** **clermont.secretariat-mss@santeservice-clermont.fr** **ou clermont@santeservice-clermont.fr** **ou à faxer au secrétariat de l'HAD : 04 73 42 98 77**	Référence : CF/PAR/EN/01-1 Version : 2 Date d'application : 20/07/2026

PATIENT

Nom et prénom : .....Date de naissance :...../..... /.....SEXE : M - F

Adresse : ..... ☐ ☐

.....

Téléphone : .....

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

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 CHIMIOTHERAPIE

❒ 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 ANTICIPÉE EN EHPAD

❒ DEMANDE EVALUATION ANTICIPEE A DOMICILE

Histoire de la maladie, pathologies associées, antécédents (joindre les prescriptions et CRH)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Date : *Signature et tampon du médecin prescripteur :*