



Demande de prise en charge à envoyer par mail :

secretariat@hadsante-valdoise.fr

Référence :
VO/PAR/EN/01-1

Version : 1

Date d'application :
15/01/2026

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

- | | |
|--|---|
| <p>☐ SOINS PALLIATIFS</p> <p>☐ PRISE EN CHARGE POST OP</p> <p>☐ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
.....
☐ IV ☐ SC</p> <p>☐ PERFUSION
☐ Voie IV ☐ Voie IM ☐ Voie SC
☐ Chambre Implantable ☐ KT Central ☐ PIC LINE</p> <p>☐ ASSISTANCE RESPIRATOIRE (prévoir prescription)
☐ Oxygène ☐ Ventilation Assistée ☐ VNI
☐ Jour ☐ Nuit ☐ 24x24h
☐ Soins de trachéotomie ☐ Apnée du sommeil</p> <p>☐ NUTRITION (prévoir prescription)
☐ Entérale ☐ Parentérale
☐ Sonde naso-oesophagienne ☐ Gastrostomie</p> | <p>☐ PANSEMENTS COMPLEXES : localisation :</p> <p>☐ VACTHERAPIE-TPN
☐ Soins colostomie</p> <p>☐ REEDUCATION ORTHOPEDIQUE
☐ REEDUCATION NEUROLOGIQUE</p> <p>☐ RADIOTHERAPIE
☐ SURVEILLANCE POST CHIMIOOTHERAPIE
☐ SURVEILLANCE D'APLASIE</p> <p>☐ EDUCATION PATIENT/ENTOURAGE
☐ Diabète ☐ Colostomie ☐ Nutrition entérale ☐ Oxygène ☐ Autres :</p> <p>☐ SOINS DE NURSING LOURDS</p> <p>☐ PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE
☐ PC Sociale ☐ PC Psycho</p> <p>☐ DEMANDE ANTICIPÉE EN SOINS PALLIATIFS EHPAD
☐ DEMANDE ANTICIPÉE EN SOINS PALLIATIFS A DOMICILE</p> |
|--|---|

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 :