

Date de la demande : ..... Médecin prescripteur : .....

Etablissement / service : .....

Téléphone : ..... Fax/Mail : .....

Date d'hospitalisation : ..... HAD souhaitée pour le : .....

## Le patient

Nom usuel : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe :  F  M      EHPAD  - ESMS

Téléphone : .....

Adresse : .....

Personne de confiance : .....

Tel : .....

N° de Sécurité sociale : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Pathologie connue  Oui  Non

de la famille ?  Oui  Non

Accord pour HAD  Oui  Non

de la famille ?  Oui  Non

Directives anticipées  Oui  Non

Référent au domicile  Oui  Non

Vit seul(e)  Oui  Non

Démarches sociales en cours  Oui  Non

Patient connu porteur de BMR  Oui  Non

Germe : ..... Localisation : .....

## Intervenants

Médecin traitant : .....

Tel : ..... Informé :  Oui  Non

Autres intervenants : .....

## Motif de prise en charge

## Objet de la prescription

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                                   | <input type="checkbox"/> Thérapie à pression négative             |
| <input type="checkbox"/> Traitement intraveineux hospitalier                | <input type="checkbox"/> Stomies compliquées                      |
| <input type="checkbox"/> Ferinject  | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale                    |
| <input type="checkbox"/> Anticorps/Immoglobuline                            | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale                       |
| <input type="checkbox"/> Surveillance d'aplasie                             | <input type="checkbox"/> Rééducation orthopédique (5 x / semaine) |
| <input type="checkbox"/> Surveillance post-opératoire                       | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique (5 x / semaine) |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes                               | <input type="checkbox"/> Drainage PleurX                          |
| <input type="checkbox"/> Surveillance post-chimiothérapie par .....         | débutée le : .....  |
| <input type="checkbox"/> Surveillance post-radiothérapie débutée le : ..... |   |

## Prise en charge complémentaire

- Oxygénothérapie – VNI – Durée : .....
- Suivi psychologique ou social
- Soins de nursing
- Rééducation orthopédique (3 x / semaine)
- Rééducation neurologique (3 x / semaine)

## Prescription

### ✓ Avec la demande, joindre impérativement

- le traitement médical en cours

### ✓ Pour la sortie, faxer (ou par courriel)

- l'ordonnance du traitement médicamenteux de sortie
- un compte-rendu médical d'hospitalisation
- une ordonnance de kinésithérapie si nécessaire

Je soussigné, Docteur ....., certifie que l'état de santé de  M  Mme ..... nécessite une hospitalisation à domicile à compter du ..... pour une durée prévisible de : .....jours, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales de la présente demande.

Signature et cachet :