



DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

MÉDECIN ET/OU ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

Nom du médecin /service prescripteur :

Téléphone :

Hospitalisé(e) depuis le / /

PATIENT(E) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le : / /

Adresse :

Ville :

Téléphone :

N° SS : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ Caisse SS :

Mutuelle :

CONTACT :

Personne ressource - Nom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Ville :

Code Postal :

TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perfusion de type hospitalier | <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Nursing lourd |
| <input type="checkbox"/> Chimio ou suivi post-chimio | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale/entérale | <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire | |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes | <input type="checkbox"/> Traitement post chirurgical | <input type="checkbox"/> Traitement à réserve hospitalière | |

REMARQUES :



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (**ordonnance à joindre, SVP**) PO IV SC

Voie d'abord : VVP Mid Line VVC Picc-line Port a Cath Catheter autre

ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel : Taille : Pompe antalgiques

Nutrition : Voie orale Adaptée (mixée) Nutrition IV Par Sonde

Respiration : Air ambiant O₂ (débitL /min Continu / Discontinu)
 VNI Trachéotomie Aérosols Aspirations

Élimination : Sonde U Étui pénien Dialyse Changes-complets Stomie : Colo Iléo

Hygiène : Toilette complète (*au lit...*) Aide à la toilette Autonome

Mobilité : Sans aide humaine Avec aide humaine Aide technique Alité
(Lève malade verticalisateur)

Troubles cognitifs : Oui Non

Risque suicidaire : Oui Non Patient porteur BMR : Oui Non

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD

Je soussigné, Docteur, certifie que l'état de santé de Mr/Mme nécessite une hospitalisation à domicile à compter du /..... /..... pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales de la présente demande.

- Suite K supérieur à 60
- Affection en rapport ALD
- Séjour supérieur à 30 jours

DIAGNOSTIC :

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur