



## Demande d'admission en HAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-001

Version : 4

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 13/07/2023

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Préadmission/Admission

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

 IDELI STE-MUSSE IDELI STE-ANNE

### 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 :

Adresse mail\* :

\*Le patient accepte de transmettre une adresse e-mail pour participer au questionnaire e satis : sa propre adresse e-mail ou celle d'un proche / membre de sa famille s'il n'en a pas, ou qu'il souhaite être aidé pour répondre au questionnaire »

### MESURE DE PROTECTION

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Aucune 

Autre :

### PERSONNE A PREVENIR

Personne ressource - Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone : - - - -

### PERSONNE DE CONFIANCE

Personne ressource - Nom :

Prénom :

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 |  |

### CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'état de santé de Mr/Mme

Nécessite une hospitalisation à domicile à compter du : **Sélectionner la date** pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales de la présente demandeSuite K supérieur à 60 Affection en rapport ALD Séjour supérieur à 30 jours 

### DIAGNOSTIC :

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur

HAD TOULON

☎ 04 94 27 50 50

📠 04 94 23 72 53

[had-toulon@wanadoo.fr](mailto:had-toulon@wanadoo.fr)

HAD BRIGNOLES

☎ 04 94 72 40 00

📠 04 94 72 17 06

[had-brignoles@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-brignoles@sante-solidarite-var.fr)

HAD LA SEYNE

☎ 04 94 87 78 09

📠 04 94 89 19 56

[had-laseyne@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-laseyne@sante-solidarite-var.fr)

HAD HYERES LA LONDE

☎ 04 22 80 13 81

📠 04 22 80 13 82

[had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr)

HAD SAINT MAXIMIN

☎ 04 83 67 01 70

[had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr)



## Demande d'admission en HAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-001

Version : 4

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 13/07/2023

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Préadmission/Admission

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (**ordonnance à joindre, SVP**)  PO  IV  SCVoie d'abord :  VVP  Mid Line  VVC  Picc-line  Port a Cath  Catheter  Autre 

### ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) : \_\_\_\_\_ Taille (en cm) : \_\_\_\_\_  Pompe antalgiquesAllergie(s) connue(s) :  Non  Oui : .....Nutrition :  Voie orale  Adaptée (mixée)  Nutrition IV  Par SondeRespiration :  Air ambiant  O<sub>2</sub> (débit .....L /min  Continu /  Discontinu) VNI  Trachéotomie  Aérosols  AspirationsÉlimination :  Sonde U  Étui pénien  Dialyse  Changes-complets  Stomie  ColoHygiène :  Toilette complète (au lit...)  Aide à la toilette  AutonomeMobilité :  Sans aide humaine  Avec aide humaine  Aide technique  Alité  
(Lève malade verticalisateur)Troubles cognitifs :  Oui  Non **Contention** :  Oui  Non **Risque de chute** :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).Risque suicidaire :  Oui  Non Patient porteur BMR :  Oui  Non

### REMARQUES :

Les données personnelles recueillies rentrent dans le cadre de notre politique de protection des données personnelles et ont pour finalité la gestion de la prise en charge médicale et administrative du patient. Vous pouvez obtenir notre politique de protection des données personnelles sur simple demande. Conformément au RGPD vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer en nous contactant à l'adresse suivante : SSV- DIRECTION Espace France Europe 1328 Chemin de la PLANQUETTE CS 90587 LA GARDE