



Demande d'admission en HAD (hors EHPAD)

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-001

Version : 9

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 20/03/2025

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Préadmission/Admission

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

☐ IDELI BRIGNOLES

MÉDECIN ET/OU ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

Nom du médecin /service prescripteur :

Hospitalisé(e) depuis le :

Téléphone :

Pharmacie habituelle :

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 :

☐ Perfusion de type hospitalier☐ Gestion de la douleur☐ Soins palliatifs☐ Nursing lourd☐ Chimio ou suivi post-chimio☐ Nutrition parentérale/entérale☐ Assistance respiratoire☐ Pansements complexes☐ Traitement post chirurgical☐ Traitement à réserve hospitalière

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)

Je soussigné, Docteur

Nécessite une hospitalisation à domicile à compter du
informations médicales et paramédicales de la présente demande

Certifie que l'état de santé de Mr/Mme

pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les

☐ AT ≥ 120 euros ou coef ≥ 60☐ Affection en rapport ALD☐ Séjour supérieur à 30 jours

DIAGNOSTIC :

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur

HAD TOULON
HAD BRIGNOLESHAD LA SEYNE
HAD HYERES LA LONDE
HAD ST-MAXIMIN☎ 04 94 27 50 50
☎ 04 94 72 40 00
☎ 04 94 87 78 09
☎ 04 22 80 13 81
☎ 04 83 67 01 70☎ 04 94 23 72 53
☎ 04 94 72 17 06
☎ 04 94 89 19 56
☎ 04 22 80 13 82
☎ 04 83 67 01 45had-toulon@sante-solidarite-var.fr
had-brignoles@sante-solidarite-var.fr
had-laseyne@sante-solidarite-var.fr
had-hyereslalonde@sante-solidarite-var.fr
had-stmaximin@sante-solidarite-var.fr

