

**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 :

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 checked="" 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 :**

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 83041 TOULON Cédex 9.

**ANTENNE LA SEYNE**178, avenue Estienne d'Orves  
83500 LA SEYNE SUR MER  
Tél. : 04 94 87 78 09  
Fax : 04 94 89 19 56[had-laseyne@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-laseyne@sante-solidarite-var.fr)**ANTENNE HAD BRIGNOLES**135 Rue Gustave Péligier  
83170 BRIGNOLES  
Tél. : 04 94 72 40 00  
Fax : 04 94 72 17 06[had-brienoles@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-brienoles@sante-solidarite-var.fr)**ANTENNE HYERES - LA LONDE**N°4 - Zone d'Activité du Bas Jasson  
83250 LA LONDE LES MAURES  
Tél. : 04 22 80 13 81  
Fax : 04 22 80 13 82[had-hyereslalande@sante-solidarite-var.fr](mailto:had-hyereslalande@sante-solidarite-var.fr)



# SANTÉ ET SOLIDARITÉ DU VAR

HOSPITALISATION A DOMICILE - SIEGE SOCIAL LA GARDE  
 "Espace France Europe" – 1328, chemin de la Planquette  
 CS 90587 LA GARDE - 83041 TOULON Cedex 9  
 Tél. : 04 94 27 50 50  
 Fax : 04 94 23 72 53  
[Had-toulon@wanadoo.fr](mailto:Had-toulon@wanadoo.fr) - [www.sante-solidarite-var.fr](http://www.sante-solidarite-var.fr)

## 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 (en kg) : Taille (en cm) :  Pompe antalgiques

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

Respiration :  Air ambiant  O<sub>2</sub> (débit .....L /min)  Continu /  Discontinu

VNI  Trachéotomie  Aérosols  Aspirations

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

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 Contention :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).

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 : **Sélectionner la date** 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

#### ANTENNE LA SEYNE

178, avenue Estienne d'Orves  
83500 LA SEYNE SUR MER  
Tél. : 04 94 87 78 09  
Fax : 04 94 89 19 56

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

#### ANTENNE HAD BRIGNOLES

135 Rue Gustave Péligrier  
83170 BRIGNOLES  
Tél. : 04 94 72 40 00  
Fax : 04 94 72 17 06

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

#### ANTENNE HYERES - LA LONDE

N°4 - Zone d'Activité du Bas Jasson  
83250 LA LONDE LES MAURES  
Tél. : 04 22 80 13 81  
Fax : 04 22 80 13 82

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