

**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 SEYNE178, avenue Estienne d'Orves
83500 LA SEYNE SUR MER
Tél. : 04 94 87 78 09
Fax : 04 94 89 19 56had-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 06had-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 82had-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 - 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 SCVoie d'abord : VVP Mid Line VVC Picc-line Port a Cath Catheter Autre

ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) : Taille (en cm) : Pompe antalgiquesNutrition : Voie orale Adaptée (mixée) Nutrition IV Par SondeRespiration : Air ambiant O₂ (débitL /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
(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

ANTENNE HAD BRIGNOLES

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

had-brignoles@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