



Demande d'admission en HAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-001

Version : 2

Page 2

Structure : HAD

Mise en application :

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Préadmission/Admission

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 PROTECTIONTutelle 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**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





Demande d'admission en HAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-001

Version : 2

Page 2

Structure : HAD

Mise en application :

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 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 Risque de chute : 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 supérieure à 60
Affection en rapport ALD
Séjour supérieur à 30 jours

DIAGNOSTIC :

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur