



## Demande d'admission en HAD pour les EHPAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-011

Version : 001

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 prescripteur :

Téléphone (portable) :

Pharmacie Habituelle :

Nom EHPAD :

Nom IDEC :

Téléphone :

### 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 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

Certifie que l'état de santé de Mr/Mme

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

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





## Demande d'admission en HAD pour les EHPAD

Référence : SSV-PAR-ADM-ENR-011

Version : 001

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 20/03/2025

Type de document : Enregistrement SSV

Processus : Préadmission/Admission

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Histoire et Evolution récente :

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

### ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) : Taille (en cm) :

Allergie(s) connue(s) :  Non  Oui : .....Nutrition :  Voie orale  Adaptée (mixée)  Nutrition entérale  Nutrition Parentérale  Nutrition IV  SNG (ch : .....Respiration :  Air ambiant  O<sub>2</sub> (débit ..... L/min)  Continu OU  Discontinu  
 VNI (nuit/jour)  Trachéotomie (réf. : .....)  Aérosols  Aspirations (réf. : .....Élimination :  Autonome  Changes-complets  SAD (ch : .....)  Sonde U  Étui pénien (ch : .....)  Stomie  Colo  Ileo  Nephrostomie  Dialyse  BrickerHygiène :  Autonome  Toilette complète (au lit...)  Aide à la toiletteMobilité :  Sans aide humaine  Avec aide humaine  Aide technique (Lève malade verticalisateur)  AlitéTroubles cognitifs :  Oui  Non Contention :  Oui  Non Risque de chute :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).Risque suicidaire :  Oui  Non Risque situation de maltraitance :  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

#### **Joindre obligatoirement à la présente demande :**

- 1 - le DLU à jour (Dossier de Liaison d'Urgence), avec le traitement courant, les antécédents et les derniers comptes rendus médicaux
- 2 - la fiche « Accord et autorisations » signée par le résident ou son représentant légal ou sa personne de confiance ou à défaut l'entourage
- 3- les directives anticipées rédigées lorsqu'elles existent
- 4- les copies de la pièce d'identité et de la carte mutuelle (recto-verso)

#### **A fournir le jour de l'admission :**

La désignation de la personne de confiance &amp; l'autorisation du bracelet d'identification

HAD LA GARDE  
HAD TOULON  
HAD BRIGNOLES  
HAD LA SEYNE  
HAD HYERES LA LONDE  
HAD ST-MAXIMIN

☎ 04 94 27 50 50  
☎ 04 83 69 33 85  
☎ 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 83 69 02 84  
☎ 04 94 72 17 06  
☎ 04 94 89 19 56  
☎ 04 22 80 13 82  
☎ 04 83 67 01 45

had-lagarde@sante-solidarite-var.fr  
had-toulonstjean@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