

	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 : Prénom : Adresse : Ville : N° SS :	Nom de jeune fille : Né(e) le : Téléphone : Caisse SS : Mutuelle :
Adresse mail* : <i>*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 »</i>	

MESURE DE PROTECTION	
Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Aucune ☐ Autre ☐ :	
PERSONNE A PREVENIR	
Personne ressource - Nom : Lien avec le patient :	Prénom : Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE	
Personne ressource - Nom : Lien avec le patient :	Prénom : Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :		
Nom : Ville :	Prénom : Code Postal :	Téléphone :

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 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



