



FICHE MEDICALE D'ADMISSION

D'UNE GROSSESSE A RISQUE     POST PARTUM PATHOLOGIQUE

Nom du médecin prescripteur :	Date de la demande : .....
Cachet d'établissement :	Date souhaitée de prise en charge : .....
Tél :	Patiente hospitalisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fax :	

IDENTITE DE LA PATIENTE

N° Sécurité Sociale : / / / / / / / / / / / /    Caisse Sécurité Sociale : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Nom J. Fille : ..... Née le : .....

Adresse : .....  
 .....  
 ..... Tél. / / / / / / / / / /

Situation de famille (préciser si entourage à domicile) ..... Port. / / / / / / / / / /

Nombre d'enfant à charge (préciser l'âge) .....

MOTIF médical d'admission en HAD .....

.....

.....

ANTECEDENT gynéco-obstétrique : .....

.....

Parité    G            P            Début de grossesse : .....    Terme : .....

ANTECEDENT médical (associé à la grossesse) : .....

.....

**RYTHME de la surveillance :**            Nbre de monitoring : ..... / semaine  
 par sage-femme : .....    Nom de la sage-femme : .....  
 par IDE (HAD) : .....

**Traitement en cours :** .....

Si repos allongé (quantification nbre d'heures sur 24h) .....

Date souhaitée de fin de prise en charge en fonction des semaines d'aménorrhées:.....

<u>Assistante sociale</u>	Une visite est-elle nécessaire	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
<u>Psychologue</u>	Un suivi psychologique est-il souhaité	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
<u>Aide-ménagère</u>	2 à 3 passages / semaine	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Des soins de kinésithérapie sont-ils demandés :		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

CADRE RESERVE A L'HAD

<u>Secrétariat</u>							
Arrivée le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Décision médecin coordonateur	<input type="checkbox"/>
Saisie le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Décision directeur	<input type="checkbox"/>
Décision finale :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						

Hospitalisation à Domicile TOULON  
 Avenue Aristide Briand BP 19 - 83161 LA VALETTE  
 Tél : 04.94.27.50.50 Fax : 04.94.23.72.53  
[had-toulon@wanadoo.fr](mailto:had-toulon@wanadoo.fr)

Hospitalisation à Domicile BRIGNOLES  
 Quartier St jean RN 7 - 83170 BRIGNOLES  
 Tél : 04.94.72.40.00 / Fax : 04.94.72.17.06  
[had-brignoles@orange.fr](mailto:had-brignoles@orange.fr)

Hospitalisation à Domicile LA SEYNE SUR MER  
 178 Avenue Estienne d'Orves - 83500 LA SEYNE  
 Tél : 04.94.87.78.09 / Fax : 04.94.89.19.56  
[had-laseyne@orange.fr](mailto:had-laseyne@orange.fr)