


Hospitalisation A Domicile

DEMANDE D'ADMISSION HAD

Fiche du médecin prescripteur
A l'attention du médecin coordonnateur

**HOSPITALISATION
À DOMICILE MUTUALISTE**
en Franche-Comté

Secteurs : Grand Besançon * cocher l'HAD concernée
Nord Franche-Comté
Haute-Saône, Haut-Doubs
4 sites -> 1 numéro : 03 81 41 43 80
à faxer au 03 81 41 43 81
à envoyer par e-mail à hadbesancon@mut25.fr

 HAD 39

305 rue Désiré Monnier
Lons-le-Saunier
Tel. 03 84 87 03 42
à faxer au 03 84 43 09 38
à envoyer par e-mail à lons-le-saunier@had39.fr

**MÉDECIN
PRESCRIPTEUR**

Je soussigné(e) **NOM**
Prénom
Etablissement
Tel
Adresse mail

médecin traitant médecin hospitalier

Service
Fax

Demande une admission à l'HAD pour

PATIENT

M. M^{me} Enfant < 16 ans

Nom de naissance
Nom d'usage
Prénom
ou étiquette patient

Date de naissance
Tel
Adresse (prise en charge HAD)
Situation familiale
Accord verbal du patient(e) oui non

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM Prénom	Lien de parenté	Tel fixe
		Tel travail
		Tel portable
NOM Prénom	Lien de parenté	Tel fixe
		Tel travail
		Tel portable

Médecin traitant

NOM
Prénom
Tel
Spécialiste référent

Accord médecin traitant pour la prise en charge
en charge HAD oui non

Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie (merci de joindre le dernier courrier)

.....
.....
.....

Antécédents

..... **Allergie** oui non
Si oui laquelle.....
..... **Patient porteur de BMR** oui non
Si oui, germe..... Localisation.....

PROJET THÉRAPEUTIQUE

Objectifs de la demande HAD

RDV consultations / examens prévus

NOM du patient Prénom.....

BILAN DE PRISE EN CHARGE

Autonomie

Alité oui non
Marche oui non seul avec aide
Alimentation orale oui non seul avec aide poids.....
Hygiène corporelle seul aide partielle avec totale
Continence urinaire oui non
Etui pénien oui non
Sonde urinaire oui non date de la pose/...../..... indication.....
Continence fécale oui non
Colostomie oui non
Escarre oui non Localisation.....

Respiratoire

Kiné respiratoire oxygène.....l/min Lunettes VNI Respirateur

Nutrition

Kiné respiratoire oui nonfois/semaine
 entérale : SNG / Gastrostomie / Jejunostomie
 parentérale** : chambre à cathéter implantable/voie veineuse centrale/voie veineuse périphérique
Nom des nutriments..... Vitesse d'administration.....

Pansements

Durée environ.....minutes Fréquence...../ jour/sem
Localisations.....

Rééducation

kinésithérapie.....fois/sem orthophonie.....fois/sem

Chimiothérapie

terminée en cours prévue

Radiothérapie

terminée en cours prévue

Suivi équipe mobile de soins palliatifs

Lieu EMSP..... Suivi ARESPA
Lieu ARESPA.....

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Per os.....

Intraveineux Chambre à Cathéter Implantable Voie Veineuse Centrale Voie Veineuse Périphérique

Sous-cutané.....

Prise en charge sociale

Assistante sociale.....
 hospitalière (nom + tel).....
 autre (nom + tel).....
Aide sociale.....

Prise en charge à domicile

Inf. libéral(e) (nom).....
Kinésithérapeute (nom).....
SSIAD.....
Autres structures.....

date/...../.....

Signature et cachet du médecin prescripteur

