

Tél : 03 84 78 54 70 – 8h/19h
10 rue Victor Dollé, Immeuble Arobas
70000 VESOUL
hadvesoul@mutcomtoise.fr

Formulaire à renseigner et à envoyer par email au site

MEDECIN PRESCRIPTEUR	Je soussigné(e) NOM :		Prénom :	
	<input type="checkbox"/> Médecin traitant		<input type="checkbox"/> Médecin hospitalier	
			Établissement :	Service :
	Tél :			
	Fax :			
	Adresse email :			
Adresse email sécurisée :				

Demander une admission en HAD pour

PATIENT	M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> Enfant < 16 ans <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
	Nom de naissance :	Tél :
	Nom d'usage :	Adresse (<i>lieu de prise en charge en HAD</i>) :
	Prénom :	
	(ou étiquette patient)	Situation familiale :
		Accord verbal du patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM Prénom	Lien de parenté	Tel fixe :
		Tel portable :

Médecin traitant

NOM : _____ Accord médecin traitant pour la prise en charge en HAD
 Prénom : _____ oui non
 Tél : _____
 Médecin spécialiste référent : _____
Pathologie actuelle principale - Histoire de la maladie : (merci de joindre le dernier courrier)

■ Allergie oui non
 Si oui laquelle _____

Antécédents :

■ 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.....kg
Hygiène corporelle seul aide partielle aide totale
Contenance urinaire oui non
Etui pénien oui non
Sonde urinaire oui non date de la pose/...../.....
indication
Contenance fécale oui non
Colostomie oui non Localisation.....
Escarre oui non

Respiratoire

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

Kiné respiratoire oui nonfois/semaine

Nutrition

- entérale : SNG / Gastrostomie / Jéjunostomie
 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 Suivi DAC

Lieu EMSP..... Lieu DAC.....

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

