

Merci d'adresser cette demande : Par fax :05.33.89.37.72
Ou par mail : had@plateforme33.fr

Documents à fournir

Courrier hospitalisation antérieure
Courriers consultations
Traitement habituel
Autre documents :
CR EMSP/USP/EM Gériatrie

Date de la demande : . . / . . /

Date entrée souhaitée en HAD : . . / . . /

DOCUMENT CONFIDENTIEL**1/ PATIENT(E) :**

Nom : Prénom de naissance :
Nom de naissance : Date de naissance : . . / . . /
Age :
Adresse de prise en charge : N° : Rue :
Code postal : Commune :
Tel fixe : Tel portable :
ENVIRONNEMENT : Vit seul(e) Vit accompagné Vit en structure médico-sociale
AIDANT : Lien : Nom :
Tel :

2/ DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET NATURE DES SOINS

Diagnostic connu du patient Diagnostic connu de la famille
ALD en rapport avec la prise en charge en HAD oui non

3/ PROJET THERAPEUTIQUE :

Réhabilitation au domicile Accompagnement palliatif Poursuite des soins hospitaliers

4/ INTERVENANTS DEMANDES :

IDE Assistante Sociale Psychologue Kinésithérapeute Orthophoniste Sage Femme

5/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Docteur : Tel secrétariat :
Etablissement : Tel service :
Service : Fax et/ou mail :

6/ MEDECIN TRAITANT/ Réfèrent :

Docteur : Tel secrétariat :
Ville :

Je soussigné Docteur

Certifie que l'état de santé de M Né le : . . / . . /

Nécessite son admission dans un établissement d'Hospitalisation à Domicile

Ont été informés de la demande d'HAD : La famille : OUI NON Le patient : OUI NON

Le médecin traitant : OUI NON

Cachet

Signature du médecin prescripteur