

Merci d'adresser cette demande : Par fax :05.33.89.37.72

Ou par mail : had@plateforme33.fr

Tél : 05.33.89.37.70

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Date entrée souhaitée en HAD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date

Documents à fournir

Courrier hospitalisation antérieure

Courriers consultations

Traitement habituel

Autre documents :

CR EMSP/USP/EM Gériatrie

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

Patient rencontré par EMSP : oui non

Besoin en PAP : oui non

Suivi par psychologue : oui non

Suivi par Assistante sociale : 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 :

Date d'hospitalisation dans le service :

Docteur :

Etablissement :

Tel secrétariat :

Service adresseur :

Tel service :

6/ MEDECIN TRAITANT/

Fax et/ou mail :

Référent : 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

