

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 : . . / . . /

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

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 :
Adresse mail :
ENVIRONNEMENT : ☐ Vit seul(e) ☐ Vit accompagné ☐ Vit en structure médico-sociale
AIDANT : Lien : Nom :
Tel :

2/ DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET NATURE DES SOINS

Date d'hospitalisation dans le service :

EMSP	☐ oui	☐ non
PAP	☐ oui	☐ non
Suivi psy	☐ oui	☐ non
Suivi ASociale	☐ oui	☐ non

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 adresseur : Fax et/ou mail :

6/ MEDECIN TRAITANT/ 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