



DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

Page 1/2

Secrétariat médical (réception de vos demandes):

☎ : 04 72 27 22 02
Fax : 04 72 27 23 50
Mail : admission@hadlyon.asso.fr

Secrétariat du Service Social :
☎ : 04 72 27 23 76

ADRESSEUR

Etablissement Hospitalier :

Service adresseur : ☎ : / / / /

Nom du médecin adresseur : ☎ : / / / /

Nom du cadre infirmier : ☎ : / / / /

Nom de l'assistante sociale : ☎ : / / / /

Si suivi psychologique, Nom du psychologue ou psychiatre :

PEC par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs : OUI NON

Médecin traitant : ☎ : / / / /

IDENTITE DU PATIENT :

PROFESSIONNELS DE VILLE :

Merci de nous faxer la fiche administrative du patient

Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Sexe :
Date de naissance : ---- / ---- / ----
Lieu :
Situation familiale :
marié concubinage veuf célibataire

Adresse précise en H.A.D. :
.....
.....
.....
☎ domicile : / / / /

Entourage à joindre pour préparer l'HAD (Préciser lien avec le patient) :
.....
☎ / / / /

Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD :
Oui Non

Nom du médecin traitant :

IDEL :

Laboratoire :

Kiné :

Aide à domicile déjà en place :

- SSAD
- Auxiliaire de Vie
- Prestataire
- Réseau
- Autre

Social :

Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :
.....

N° d'Immatriculation : _____

A.L.D : oui non

Date d'entrée en HAD souhaitée par le service : - - / - - / - -
URGENT (Dans la journée) : oui non

Médical :

Merci de nous faire parvenir par fax les comptes rendus médicaux

Pathologie :



Voie d'abord

Abord veineux :	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> VVP	<input type="checkbox"/> PICCLINE	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> FAV
Abord respiratoire :	<input type="checkbox"/> PAC PLEURAL	<input type="checkbox"/> DRAIN PLEUR-X	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE	<input type="checkbox"/> PLEUROSTOMIE	
Abord urinaire :	<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> BRICKER	<input type="checkbox"/> URETEROSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE DE NEPHROSTOMIE	
Sonde d'alimentation :	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIE	<input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE		
Abord et dispositifs cutanés :	<input type="checkbox"/> REDON	<input type="checkbox"/> LAME	<input type="checkbox"/> VACTHERAPIE	<input type="checkbox"/> AGRAFES	<input type="checkbox"/> FILS
Stomie de l'appareil digestif :	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/> OESOPHAGOSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE RECTALE	
<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> CATHETER PERI NERVEUX	<input type="checkbox"/> AUTRES :		

Modes de Prise en Charge et projet thérapeutique	
Soins palliatifs :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement IV :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel :	
Surveillance d'aplasie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel protocole :	
Rééducation orthopédique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rééducation orthophonique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rééducation neurologique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre de séances kiné par semaine :	
Assistance respiratoire mécanique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	<input type="checkbox"/> Ventilation non invasive <input type="checkbox"/> Ventilation invasive
Education thérapeutique du patient :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PEC psycho :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre traitement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(sauf per-os)	Précisez :

Dépendance : chaque item est coté de 1 à 4 (1 : autonome – 4 : dépendance totale)					
Habillage	Mobilisation	Alimentation	Contenance	Comportement	Relation

(Voir cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne)

Matériel :	<input type="text" value="Kg"/>	<input type="text" value="Cm"/>
Poids et taille du Patient :		
Variation du poids avant l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Inconnue		
Besoin du patient évalué par le service :		
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Lève-malade	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> Matelas cliniplot	<input type="checkbox"/> Chaise garde-robe	<input type="checkbox"/> Fauteuil de repos
<input type="checkbox"/> Matelas nimbus		
<input type="checkbox"/> Autre :	

VALIDATION MEDICALE : (par un médecin sénior)	VALIDATION CADRE-INFIRMIER :
---	-------------------------------------