

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D ANTE PARTUM

<u>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</u> ☎ : 04 72 27 47 00 Mail : admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier) Fax : 04 72 27 23 50		JOINDRE A LA DEMANDE : - LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE - LE CR D'HOSPITALISATION - LES ORDONNANCES	
ADRESSEUR			
Etablissement hospitalier			
<i>Service adresseur</i>			☎ :
<i>Nom du médecin adresseur</i>			☎ :
<i>Nom du cadre sage-femme</i>			☎ :
<i>Professionnel référent de la patiente</i>			☎ :
Mail de réception des comptes rendus HAD			
IDENTITE DU PATIENT			
<u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</u>			
Nom :		Prénom :	
Nom de jeune fille :		Date de naissance :	
Adresse précise en H.A.D. :			
☎ Téléphone :		N° de sécurité sociale :	
Tutelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP			
La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD : ☐ Oui ☐ Non			
Date d'entrée en HAD souhaitée par le service : Au terme de : URGENT : ☐ Dans la journée ☐ Dès que possible		Proche de la patiente à contacter si besoin : Nom : _____ Prénom : _____ ☎ Téléphone : _____ Mail : _____	
MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD			
☐ Rupture prématurée des membranes ☐ Retard de croissance intra-utérin (5 ^{ème} -10 ^{ème} p.) ☐ Cholestase gravidique ☐ Pathologie maternelle pré-existante : lupus, SAPL, thrombophilie, ... ☐ Problème médico-psycho-social associé à une indication médicale		☐ Diabète gestationnel déséquilibré ☐ Hypertension artérielle gravidique modérée ☐ Antécédent de mort fœtale in utero ☐ Hyperémèse gravidique ☐ Menace d'accouchement prématurée ☐ Autre : _____	
GROSSESSE ACTUELLE			
Gestité :		Parité :	
		Singleton ☐ Gémellaire ☐ Groupe Rh : _____	
Date de début de grossesse :		Accouchement prévu le :	
Déroulement de la grossesse :			
HOSPITALISATION			
Le : _____ Pour : _____ Traitée par : _____		Surveillance souhaitée en HAD : _____	

Date de la demande :

Signature du médecin adresseur :