

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D
POST-PARTUM**

Secrétariat médical (réception de vos demandes) : ☎ : 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 - LES CR D'HOSPITALISATION ET D'ACCOUCHEMENT - 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			
<i>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</i>			
Nom :		Prénom :	
Nom de jeune fille :		Date de naissance :	
Adresse précise en H.A.D. :			
☎ Téléphone :			
Tutelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP		N° de sécurité sociale :	
La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Date d'entrée en HAD souhaitée par le service : A J... du post-partum		Proche de la patiente à contacter si besoin :	
URGENT : <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> Dès que possible		Nom : Prénom :	
		☎ Téléphone :	
		Mail :	
MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD			
<input type="checkbox"/> Soins post-césarienne <input type="checkbox"/> Soins de plaie périnéale <input type="checkbox"/> Dépression du post-partum <input type="checkbox"/> Pathologie maternelle gravidique non résolue : HTA, anémie, diabète, ... <input type="checkbox"/> Difficultés sphinctériennes		<input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Difficultés d'allaitement avec au moins 1 facteur de risque <input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse après la phase aiguë <input type="checkbox"/> Mère en situation de vulnérabilité associé à 1 indication médicale <input type="checkbox"/> Autre :	
ACCOUCHEMENT		NOUVEAU-NÉ	
Gestité :	Parité :	Nom :	Prénom :
Date d'accouchement :		Poids de naissance :	
Terme :		Allaitement : <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> AVB : <input type="checkbox"/> Césarienne :		Examen clinique : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique Précisez :	
HOSPITALISATION			
Le :		Surveillance souhaitée en HAD :	
Pathologie durant l'hospitalisation :			
Traitée par :			

Date de la demande :

Signature du médecin adresseur :