

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

Secrétariat des admissions :

☎ : 04 72 27 22 02 - **Fax** : 04 72 27 23 50

Mail : admission@hadlyon.asso.fr

Le week-end, la nuit ou en cas d'urgence,

Merci de précéder votre demande écrite d'un appel téléphonique

PRESCRIPTEUR

Nom du médecin traitant

☎ :

INFIRMIERS LIBERAUX (si déjà en place)

Nom du cabinet infirmier

☎ :

IDENTITE DU PATIENT

NOM D'USAGE :

PRENOM :

Nom de naissance :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

SITUATION DE VIE :

☐ Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

ADRESSE PRECISE DES SOINS EN H.A.D. :

VILLE :

☎ **DOMICILE :**

☎ **PORTABLE :**

ENTOURAGE A JOINDRE POUR PREPARER L'HAD : (Préciser lien avec le patient)

NOM et PRENOM :

LIEN AVEC LE/LAPATIENT(E) :

☎ :

LE PATIENT ET SA FAMILLE SONT INFORMES DU PROJET D'HAD : ☐ Oui ☐ Non

SOCIAL :

N° d'Immatriculation Sécurité Sociale (obligatoire):

Aide à domicile déjà en place : ☐ SSIAD ☐ Auxiliaire de Vie ☐ Prestataire ☐ Réseau ☐ Autre :

Nom du service / prestataire :

Nom et prénom du patient :

MEDICAL

PATHOLOGIE et motif(s) de prise en charge en HAD :

ANTECEDENTS :

**Merci de nous faire parvenir avec cette demande LES ORDONNANCES et COMPTES RENDUS MEDICAUX :
admission@hadlyon.asso.fr**

URGENCE DE LA DEMANDE : Entrée souhaitée dans les 48H : ☐ Oui ☐ Non Si oui, motif :

VOIE(S) D'ABORD

<u>Abord injectable :</u>	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> VVP	<input type="checkbox"/> PICCLINE	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> FAV	<input type="checkbox"/> S/C
<u>Abord respiratoire :</u>	<input type="checkbox"/> PAC PLEURAL	<input type="checkbox"/> DRAIN PLEUR-X	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE			
<u>Abord urinaire :</u>	<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> BRICKER	<input type="checkbox"/> URETEROSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE DE NEPHROSTOMIE		
<u>Sonde d'alimentation :</u>	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIE	<input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE			
<u>Stomie de l'appareil digestif :</u>	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/> OESOPHAGOSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE RECTALE		

MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE

PROJET PALLIATIF : ☐ Oui ☐ Non Si oui, détail :

LATA :

Directives anticipées :

Protocole douleur : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ PCA ☐ Pousse-seringue ☐ Traitement Per os

Etat cutané = plaie : ☐ Oui ☐ Non Pansements complexes : ☐ Oui ☐ Non

Escarre : ☐ Stade 1 ☐ Stade 2 ☐ Stade 3 ☐ Stade 4 Protocole pansements :

Chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel protocole :

Surveillance post-chimio : ☐ Oui ☐ Non

Surveillance post-radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel protocole :

Assistance respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Oxygène, débit :

☐ Syndrome d'apnée du sommeil ☐ Aérosol

Alimentation parentérale : ☐ Oui ☐ Non

Alimentation entérale : ☐ Oui ☐ Non

DEPENDANCE : Coter chaque item 1 à 4 (1 : autonome – 4 : dépendance totale)

Habillage	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation

Signature du médecin prescripteur :