

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

Secrétariat des admissions : <input type="tel"/> : 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	
<i>Nom du médecin traitant</i>	<input type="tel"/>
INFIRMIERS LIBERAUX (si déjà en place)	
<i>Nom du cabinet infirmier</i>	<input type="tel"/>

IDENTITE DU PATIENT	
NOM D'USAGE :	PRENOM :
Nom de naissance :	
DATE DE NAISSANCE :	SEXЕ :
SITUATION DE VIE :	
<input type="checkbox"/> Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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) :
<input type="tel"/>	
LE PATIENT ET SA FAMILLE SONT INFORMES DU PROJET D'HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SOCIAL :	
N° d'Immatriculation Sécurité Sociale (obligatoire) :	
Aide à domicile déjà en place : <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Vie <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Réseau <input type="checkbox"/> 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 thérapeutiquePROJET PALLIATIF : Oui Non Si oui, détail :LATA :Directives anticipées :

<u>Protocole douleur</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui :	<input type="checkbox"/> PCA	<input type="checkbox"/> Pousse-seringue	<input type="checkbox"/> Traitement Per os
<u>Etat cutané = plaie</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Pansements complexes</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<u>Escarre</u> :	<input type="checkbox"/> Stade 1	<input type="checkbox"/> Stade 2	<input type="checkbox"/> Stade 3	<input type="checkbox"/> Stade 4	<u>Protocole pansements</u> :	

<u>Chimiothérapie</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Surveillance post-chimio</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel protocole :			<u>Surveillance post-radiothérapie</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Assistance respiratoire</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel protocole :		
Si oui :	<input type="checkbox"/> Oxygène, débit :		<u>Alimentation parentérale</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Syndrome d'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Aérosol	<u>Alimentation entérale</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Habillement	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation

Signature du médecin prescripteur :