

## DEMANDE D'ADMISSION POUR TRANSFUSION EN H.A.D

### Secrétariat médical (réception de vos demandes):

**Téléphone :** 04 72 27 47 00

**Fax :** 04 72 27 23 50

**Mail :** admission@hadlyon.asso.fr

### ADRESSEUR

*Etablissement Hospitalier :* .....

*Service adresseur :* ..... **Téléphone :** .....

*Nom du médecin adresseur :* ..... **Téléphone :** .....

*Nom du cadre infirmier :* ..... **Téléphone :** .....

*Nom de l'assistante sociale :* ..... **Téléphone :** .....

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

*Médecin traitant :* ..... **Téléphone :** .....

### IDENTITE DU PATIENT

#### Merci de nous faxer la fiche administrative du patient

*Nom :* .....

*Prénom :* .....

*Nom de jeune fille :* .....

*Sexe :* .....

*Date de naissance :* .....

*Lieu :* .....

*Adresse précise en H.A.D. :* .....

**Téléphone :** .....

*Coordonnées de l'entourage :* .....

*Nom :* .....

**Téléphone :** .....

*Le patient et sa famille sont informés du projet de transfusion  
en HAD : Oui  Non*

### PROFESSIONNELS DE VILLE

*Nom du médecin traitant :* .....

*IDEL :* .....

*Laboratoire :* .....

### SOCIAL

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

*N° d'Immatriculation :* .....

*A.L.D :*  oui  non

**DATE DE TRANSFUSION SOUHAITEE PAR LE SERVICE :** - - / - - / - -

### MEDICAL

**Merci de nous faire parvenir par mail/fax les comptes rendus médicaux, dernière NFS et examens  
immunohématologiques**

**Pathologie et motif(s)/contexte de transfusion en HAD :** .....

**Nom et prénom du patient :**

**VOIE(S) D'ABORD**

Abord veineux :  VVC  VVP  PICCLINE  PAC

**INFORMATIONS MEDICALES**

<b>Soins palliatifs :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Patient déjà transfusé :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Nombre de CGR à transfuser :</b> .....	<b>Taux Hémoglobine :</b> .....		
	<b>Date :</b> .....		
<b>RAI :</b> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<b>Antécédent d'Evènement Indésirable Receveur :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Si oui lequel :</b>		
<b>Chimiothérapie :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Patient vivant seul :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*		
Si oui, quel protocole :	<small>*Un aidant devra être présent durant l'acte transfusionnel et les 2h suivantes.</small>		
<b>Autre traitement (Hors PER OS) :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b>		

**DEPENDANCE : chaque item est coté de 1 à 4 ( 1 : autonome – 4 : dépendance totale )**

Habillement	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation	<b>TOTAL</b>

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

**MATERIEL**

**Poids et taille du Patient :**  Kg  Cm

**Nom ET signature  
du médecin adresseur :**

*PS : Dans le contexte épidémique actuel, pour toute admission en HAD, le résultat d'un test RT-PCR < 48h est demandé.*