

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

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

☎ : 04 72 27 47 00

Fax : 04 72 27 23 50

Mail : admission@hadlyon.asso.fr

#### ADRESSEUR

Etablissement Hospitalier : .....

Service adresseur : ..... ☎ :

Nom du médecin adresseur : ..... ☎ :

Nom du cadre infirmier : ..... ☎ :

Nom de l'assistante sociale : ..... ☎ :

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

Médecin traitant : ..... ☎ :

#### IDENTITE DU PATIENT

#### PROFESSIONNELS DE VILLE

##### 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. :

☎ Domicile :

Coordonnées de l'entourage :

Nom : .....

☎

**Le patient et sa famille sont informés du projet de transfusion**

en HAD : Oui ☐ Non ☐

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**

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

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

Habillage	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation	TOTAL

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

**MATERIEL**

Poids et taille du Patient :	<input type="text"/> Kg	<input type="text"/> 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.*