

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

Secrétariat médical (réception de vos demandes) :		Secrétariat du Service Social :																		
<p>Téléphone : 04 72 27 47 00 Mail : admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier) Fax : 04 72 27 23 50</p>		<p>Téléphone : 04 72 27 23 76</p>																		
ADRESSEUR																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Etablissement hospitalier</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Service adresseur</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nom du médecin adresseur</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nom du cadre infirmier</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nom de l'assistant(e) social(e)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PEC par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>			Etablissement hospitalier			Service adresseur			Nom du médecin adresseur			Nom du cadre infirmier			Nom de l'assistant(e) social(e)			PEC par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etablissement hospitalier																				
Service adresseur																				
Nom du médecin adresseur																				
Nom du cadre infirmier																				
Nom de l'assistant(e) social(e)																				
PEC par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
IDENTITE DU PATIENT		PROFESSIONNEL DE VILLE																		
<p>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Sexe :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu :</p> <p>Situation familiale :</p> <p><input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire</p> <p>Adresse précise en H.A.D. :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Entourage à joindre pour préparer l'HAD : (Préciser lien avec le patient)</p> <p>Nom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Tutelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</p> <p>URGENT (Dans la journée) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>SI PATIENT DEJA A DOMICILE, UNE EVALUATION MEDICALE AU CHEVET DU PATIENT EST INDISPENSABLE DANS LES 48H AVANT L'ENVOI DE CETTE DEMANDE</p>		<p>Nom du médecin traitant :</p> <p>IDEL :</p> <p>Laboratoire :</p> <p>Kiné :</p> <p>Aide à domicile déjà en place :</p> <p><input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Vie <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Réseau <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>SOCIAL</p> <p>Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :</p> <p>N° d'Immatriculation :</p> <p>A.L.D: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nom de la Mutuelle :</p>																		
MEDICAL																				
<p>MERCRI DE NOUS FAIRE PARVENIR AVEC CETTE DEMANDE LES ORDONNANCES et COMPTES RENDUS MEDICAUX</p> <p>Antécédents :</p> <p>Pathologie et motif(s) de prise en charge en HAD :</p> <p>Statut vaccinal covid (Non vacciné, nb de doses, ...) :</p>																				

Nom et prénom du patient :
VOIE(S) D'ABORD

<u>Abord veineux :</u>	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> VVP	<input type="checkbox"/> PICCLINE	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> FAV
<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>Abord et dispositifs cutanés :</u>	<input type="checkbox"/> REDON	<input type="checkbox"/> LAME	<input type="checkbox"/> VACTHERAPIE	<input type="checkbox"/> AGRAFES	<input type="checkbox"/> FILS
<u>Stomie de l'appareil digestif :</u>	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/> OESOPHAGOSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE RECTALE	
<input type="checkbox"/> SC	<input type="checkbox"/> CATHETER PERI NERVEUX	<input type="checkbox"/> AUTRES :			

MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE

<u>Soins palliatifs :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Soins de nursing lourd :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(Oui si 2 passages IDE > 1 h)					
<u>Traitement IV :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Protocole douleur :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel :					
<u>Surveillance d'aplasie :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Etat cutané = plaie :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Chimiothérapie :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Pansements complexes :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel protocole :					
<u>Rééducation orthopédique :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Surveillance post-chimio :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Rééducation orthophonique :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Surveillance post-radiothérapie :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Rééducation neurologique :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Si oui, quel protocole :</u>		
Nombre de séances kiné par semaine :					
<u>Assistance respiratoire mécanique :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Alimentation parentérale :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	<input type="checkbox"/> Ventilation non invasive	<input type="checkbox"/> Ventilation invasive	<u>Alimentation entérale :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Education thérapeutique du patient :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>PEC Diététique :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>PEC psycho :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Post-traitement chirurgical :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Autre traitement (Hors PER OS) :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>PEC Sociale :</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez :					

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

Habillement	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation

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

MATERIEL

<u>Poids et taille du Patient :</u>	<input type="text"/>	Kg	<input type="text"/>	Cm	
Variation du poids avant l'hospitalisation :					
<input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Inconnue					
Besoin du patient évalué par le service :					
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Matelas anti escarres/Mémoire de forme <input type="checkbox"/> Matelas-dynamique <input type="checkbox"/> Autre :					
<input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/> Chaise garde-robe <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil de repos					
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.