





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

|   |  |
|---|--|
| <p><b><u>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</u></b></p> <p>☎ : 04 72 27 47 00</p> <p><b>Mail :</b> <a href="mailto:admission@hadlyon.asso.fr">admission@hadlyon.asso.fr</a> <u>(A privilégier)</u></p> <p>Fax : 04 72 27 23 50</p> | <p><b><u>Secrétariat du Service Social :</u></b></p> <p>☎ : 04 72 27 23 76</p> |
|---|--|

**ADRESSEUR**

|  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <b>Etablissement hospitalier</b>                     |                                     |   |
| <i>Service adresseur</i>                             |                                     |  : |
| <i>Nom du médecin adresseur</i>                      |                                     |  : |
| <i>Nom du cadre infirmier</i>                        |                                     |  : |
| <i>Nom de l'assistant(e) social(e)</i>               |                                     |  : |
| <b>PEC par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :</b> | <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non</i>   |

## IDENTITE DU PATIENT

**Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient**

**Nom :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

**Sexe :**

**Date de naissance :**

**Lieu :**

**Situation familiale :**

☐ Marié      ☐ Concubinage      ☐ Veuf      ☐ Célibataire

**Adresse précise en H.A.D. :**

 **Domicile :**

**Entourage à joindre pour préparer l'HAD :**

(Préciser lien avec le patient)

**Nom :**



**Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD :**    ☐ Oui    ☐ Non

**Tutelle :** ☐ Oui ☐ Non

**Nom :**



**Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :**

**URGENT (Dans la journée) :**    ☐ *Oui*        ☐ *Non*

**SI PATIENT DEJA A DOMICILE, UNE EVALUATION MEDICALE AU CHEVET DU PATIENT EST INDISPENSABLE DANS LES 48H AVANT L'ENVOI DE CETTE DEMANDE**

## MEDICAL

**MERCI DE NOUS FAIRE PARVENIR AVEC CETTE DEMANDE LES ORDONNANCES et COMPTES RENDUS MEDICAUX**

**Antécédents :**

**Pathologie et motif(s) de prise en charge en HAD :**

Statut vaccinal covid (Non vacciné, nb de doses, ...) :

**PROFESSIONNEL DE VILLE**

**Nom du médecin traitant :**

***IDEL :***

**Laboratoire :**

**Kiné :**

**Aide à domicile déjà en place :**

☐ SSIAD  
☐ Auxiliaire de Vie  
☐ Prestataire  
☐ Réseau  
☐ Autre :

## SOCIAL

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

**N° d'Immatriculation :**

**A.L.D:** ☐ *Oui* ☐ *Non*

**Nom de la Mutuelle :**



Nom et prénom du patient :

### VOIE(S) D'ABORD

|  |                                      |  |  |  |                               |
|--|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------|
| Abord veineux :  | <input type="checkbox"/> VVC         | <input type="checkbox"/> VVP           | <input type="checkbox"/> PICCLINE        | <input type="checkbox"/> PAC                   | <input type="checkbox"/> FAV  |
| Abord respiratoire :   | <input type="checkbox"/> PAC PLEURAL | <input type="checkbox"/> DRAIN PLEUR-X | <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE    |  |                               |
| Abord urinaire :   | <input type="checkbox"/> SAD         | <input type="checkbox"/> BRICKER       | <input type="checkbox"/> URETEROSTOMIE   | <input type="checkbox"/> SONDE DE NEPHROSTOMIE |                               |
| Sonde d'alimentation :   | <input type="checkbox"/> SNG         | <input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIE  | <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE    |  |                               |
| Abord et dispositifs cutanés :   | <input type="checkbox"/> REDON       | <input type="checkbox"/> LAME          | <input type="checkbox"/> VACTHERAPIE     | <input type="checkbox"/> AGRAFES               | <input type="checkbox"/> FILS |
| Stomie de l'appareil digestif :  | <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

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

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

### MATERIEL

|  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Poids et taille du Patient :   | <input type="text" value="Kg"/> | <input type="text" value="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 :<br><input type="checkbox"/> Lit médicalisé<br><input type="checkbox"/> Matelas anti escarres/Mémoire de forme<br><input type="checkbox"/> Matelas-dynamique<br><input type="checkbox"/> Autre :<br><input type="checkbox"/> Lève-malade<br><input type="checkbox"/> Chaise garde-robe<br><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant<br><input type="checkbox"/> Fauteuil de repos |                                 |                                 |
| Nom ET signature<br>du médecin adresseur :   |                                 |                                 |

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