

Les champs précédés d'un \* sont indispensables pour une bonne prise en compte de votre demande.

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D**  
**ANTE PARTUM**

<b>Secrétariat des admissions :</b> 04 72 27 47 00 - admission@hadylon.asso.fr <b>Mon sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD</b>		<b>JOINDRE A LA DEMANDE :</b> - LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE - LE CR D'HOSPITALISATION - LES ORDONNANCES	
<b>ADRESSEUR</b>			
<b>*Etablissement hospitalier</b>			
<b>*Service adresseur</b>		☎ :	
<i>Nom du médecin adresseur</i>		☎ :	
<i>Nom du cadre sage-femme</i>		☎ :	
<i>Professionnel référent de la patiente</i>		☎ :	
Mail de réception des comptes rendus HAD			
<b>IDENTITE DU PATIENT</b>			
<b><u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</u></b>			
<b>*Nom :</b>		<b>*Prénom :</b>	
<b>*Nom de jeune fille :</b>		<b>*Date de naissance :</b>	
<b>*Adresse précise en H.A.D. :</b>			
<b>*Téléphone :</b>		<b>N° de sécurité sociale :</b>	
Tutelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP			
La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>*Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</b>		<b>Proche de la patiente à contacter si besoin :</b>	
Au terme de :		<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b>	
<b>URGENT :</b> <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> Dès que possible		☎ Téléphone :	
		Mail :	
<b>*MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD</b>			
<input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin (5 <sup>ème</sup> -10 <sup>ème</sup> p.) <input type="checkbox"/> Cholestase gravidique <input type="checkbox"/> Pathologie maternelle pré-existante : lupus, SAPL, thrombophilie, ... <input type="checkbox"/> Problème médico-psycho-social associé à une indication médicale		<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel déséquilibré <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle gravidique modérée <input type="checkbox"/> Antécédent de mort fœtale in utero <input type="checkbox"/> Hyperémèse gravidique <input type="checkbox"/> Menace d'accouchement prématuré <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>GROSSESSE ACTUELLE</b>			
<b>*Gestité :</b>		<b>*Parité :</b>	
		<b>*Singleton</b> <input type="checkbox"/> <b>*Gémellaire</b> <input type="checkbox"/>	
<b>*Date de début de grossesse :</b>		<b>Accouchement prévu le :</b>	
<b>Déroulement de la grossesse :</b>			
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Le :</b>		<b>Surveillance souhaitée en HAD :</b>	
<b>Pour :</b>			
<b>Traitée par :</b>			

Date de la demande :

**\*Signature du médecin adresseur :**