SOINS ET SANTE
HOSPITALISATION A DOMICILE
325 BIS, RUE MARYSE BASTIE – 69141 RILLIEUX LA PAPE
04 72 27 23 60 - secmed@hadylon.asso.fr

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

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

Secrétariat des admissions : *04 72 27 22 02 - admission@hadlyon.asso.fr* ***Mon sisra :*** *ADMISSION SOINS ET SANTE HAD*	*Accueil HAD Soins et Santé :* ☎*:* 04 72 27 23 60

ADRESSEUR

Nom du médecin traitant		☎*:*
Nom du médecin coordonnateur ESMS + établissement		☎*:*

IDENTITE 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 d'HAD :
☐ *Oui* ☐ *Non*

Tutelle : ☐ *Oui* ☐ *Non*
Nom *:*
☎ :

PROFESSIONNEL DE VILLE

IDEL :

Laboratoire :

Kiné :

Aide à domicile déjà en place :

☐ SAD

☐ Prestataire

☐ Réseau

☐ Autre :

SOCIAL

Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :

N° d'Immatriculation :

A.L.D : ☐ *Oui* ☐ *Non*

Nom de la Mutuelle :

Date d'entrée en HAD souhaitée :
URGENT (Dans la journée) ☐ *Oui* ☐ *Non*

UNE EVALUATION MEDICALE AU CHEVET DU PATIENT EST INDISPENSABLE DANS LES 48H AVANT L'ENVOI DE CETTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

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 :

SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation A Domicile

SOINS ET SANTE
HOSPITALISATION A DOMICILE
325 BIS, RUE MARYSE BASTIE – 69141 RILLIEUX LA PAPE
04 72 27 23 60 - secmed@hadylon.asso.fr

***Nom et prénom du patient :**

VOIE(S) D'ABORD

Abord veineux : ☐ VVC ☐ VVP ☐ PICCLINE ☐ PAC ☐ FAV

Abord respiratoire : ☐ PAC PLEURAL ☐ DRAIN PLEUR-X ☐ TRACHEOTOMIE

Abord urinaire : ☐ SAD ☐ BRICKER ☐ URETEROSTOMIE ☐ SONDE DE NEPHROSTOMIE

Sonde d'alimentation : ☐ SNG ☐ JEJUNOSTOMIE ☐GASTROSTOMIE

Abord et dispositifs cutanés : ☐ REDON ☐ LAME ☐ VACTHERAPIE ☐ AGRAFES ☐ FILS

Stomie de l'appareil digestif : ☐ ILEOSTOMIE ☐ COLOSTOMIE ☐ OESOPHAGOSTOMIE ☐ SONDE RECTALE

☐ SC ☐ CATHETER PERI NERVEUX ☐ AUTRES : ……

MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE

Soins palliatifs : ☐ Oui ☐ Non	**Soins de nursing lourd :** ☐ Oui ☐ Non (Oui si 2 passages IDE > 1 h)
Traitement IV : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel :	**Protocole douleur :** ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ PCA ☐ Pousse-seringue ☐Traitement Per os
Rééducation orthopédique : ☐ Oui ☐ Non **Rééducation orthophonique :** ☐ Oui ☐ Non Nombre de séances kiné par semaine :	**Etat cutané = plaie :** ☐ Oui ☐ Non **Escarre :** ☐ Oui ☐ Non **Pansements complexes** : ☐ Oui ☐ Non (> 1h de soins/jour) Si oui, quel protocole :
Chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non Si oui, quel protocole :	**Surveillance post-chimio :** ☐ Oui ☐ Non **Surveillance post-radiothérapie :** ☐ Oui ☐ Non Si oui, quel protocole :
Assistance respiratoire mécanique : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Ventilation non invasive ☐ Ventilation invasive	**Alimentation parentérale :** ☐ Oui ☐ Non **Alimentation entérale :** ☐ Oui ☐ Non **PEC Diététique :** ☐ Oui ☐ Non
PEC psycho : ☐ Oui ☐ Non	**PEC Sociale :** ☐ Oui ☐ Non

Autre traitement (Hors PER OS) : ☐ Oui ☐ Non Précisez :

DEPENDANCE : chaque item est côté 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 : Kg Cm

Variation du poids avant l'hospitalisation : ☐ Prise ☐ Stable ☐ Perte ☐ Inconnue

Besoin du patient évalué par le service :

☐ Lit médicalisé
☐ Matelas anti escarres/Mémoire de forme ☐ Lève-malade ☐ Fauteuil roulant
☐ Matelas-dynamique ☐ Chaise garde-robe ☐ Fauteuil de repos
☐Autre :

***Nom ET signature du médecin adresseur :**