

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D  
CARBOXYMALTOSE FERRIQUE**

<b>Secrétariat des admissions :</b> 04 72 27 47 00 - admission@hadylon.asso.fr <b>Mon sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD</b>	<b>Accueil HAD Soins et Santé :</b> 04 72 27 23 60
--	---

ADRESSEUR	
<b>Etablissement hospitalier</b>	
Service adresseur	☎ :
Nom du médecin adresseur	☎ :
Nom du cadre infirmier	☎ :

IDENTITE DU PATIENT	PROFESSIONNEL DE VILLE
<p align="center"><b><u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient</u></b></p> <p><b>Nom :</b></p> <p><b>Prénom :</b></p> <p><b>Nom de jeune fille :</b></p> <p><b>Sexe :</b></p> <p><b>Date de naissance :</b></p> <p><b>Lieu :</b></p> <p><b>Situation familiale :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire</p> <p><b>Adresse précise en H.A.D. :</b></p> <p><b>☎ Domicile :</b></p> <p><b>Entourage à joindre pour préparer l'HAD :</b> (Préciser lien avec le patient)</p> <p><b>Nom :</b></p> <p><b>☎ :</b></p> <p><b>Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Tutelle :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Nom :</b></p> <p><b>☎ :</b></p>	<p><b>Nom du médecin traitant :</b></p> <p><b>IDEL :</b></p> <p><b>Laboratoire :</b></p>
	SOCIAL
	<p><b>Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :</b></p> <p><b>N° d'Immatriculation :</b></p> <p><b>A.L.D :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

<p><b>Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</b></p> <p><b>URGENT (Dans la journée)</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--

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

MEDICAL
<p><b>Antécédents :</b></p>          <p><b>Pathologie et motif(s) de prise en charge en HAD :</b></p>          

**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	
INFORMATIONS MEDICALES	
Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Première injection réalisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :  Tolérance :
Allergie(s) connue(s) :	Statut vaccinal covid (Non vacciné, nb de doses, ...) :
Hémoglobine :	Bilan Martial  Ferritine :  CST :
<b>Poids et taille du Patient :</b> <span style="float: right;"><b>Variation du poids avant l'hospitalisation :</b></span> <input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Inconnue	
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

Prescription de Ferinject	
Dose 1er Injection :	Date souhaitée :
Dose 2ème Injection :	Date souhaitée :

Prescription d'EPO	
Dose 1er Injection :	Date souhaitée :
Dose 2ème Injection :	Date souhaitée :
Dose 3ème Injection :	Date souhaitée :
Dose 4ème Injection :	Date souhaitée :

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.*