

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

<p>Secrétariat des admissions : 04 72 27 22 02 - admission@hadylon.asso.fr Mon Sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD</p>	<p style="color: red;">Le week-end, la nuit ou en cas d'urgence,</p> <p>Merci de précéder votre demande écrite d'un appel téléphonique</p>
--	--

PRESCRIPTEUR	
*Nom du médecin traitant	☎ :

INFIRMIERS LIBERAUX (si déjà en place)	
Nom du cabinet infirmier	☎ :

IDENTITE DU PATIENT	
* <u>NOM D'USAGE :</u>	* <u>PRENOM :</u>
<u>Nom de naissance :</u>	
* <u>DATE DE NAISSANCE :</u>	<u>SEXE :</u>
<u>SITUATION DE VIE :</u>	
<input type="checkbox"/> Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* <u>ADRESSE PRECISE DES SOINS EN H.A.D. :</u>	
* <u>VILLE :</u>	
☎ <u>DOMICILE :</u>	☎ <u>PORTABLE :</u>
<u>ENTOURAGE A JOINDRE POUR PREPARER L'HAD :</u> (Préciser lien avec le patient)	
<u>NOM et PRENOM :</u>	<u>LIEN AVEC LE/LAPATIENT(E) :</u>
☎ :	
LE PATIENT ET SA FAMILLE SONT INFORMES DU PROJET D'HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>SOCIAL :</u>	
*N° d'Immatriculation Sécurité Sociale :	
Aide à domicile déjà en place : <input type="checkbox"/> SAD AIDE <input type="checkbox"/> SAD Mixte <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Réseau <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du service / prestataire :	

***Nom et prénom du patient :**

MEDICAL

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

ANTECEDENTS :

Merci de nous faire parvenir avec cette demande LES ORDONNANCES et COMPTES RENDUS MEDICAUX avec cette demande

URGENCE DE LA DEMANDE : Entrée souhaitée dans les 48H : Oui Non Si oui, motif :

VOIE(S) D'ABORD

<u>Abord injectable :</u>	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> VVP	<input type="checkbox"/> PICCLINE	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> FAV	<input type="checkbox"/> S/C
<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>Stomie de l'appareil digestif :</u>	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/> OESOPHAGOSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE RECTALE		

MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE

PROJET PALLIATIF :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, détail :			
LATA :						
Directives anticipées :						
Protocole douleur :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui : <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Pousse-seringue <input type="checkbox"/> Traitement Per os			
Etat cutané = plaie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Pansements complexes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Escarre :	<input type="checkbox"/> Stade 1	<input type="checkbox"/> Stade 2	<input type="checkbox"/> Stade 3	<input type="checkbox"/> Stade 4	Protocole pansements :	
Chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Surveillance post-chimio : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, quel protocole :			Surveillance post-radiothérapie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
			Si oui, quel protocole :			
Assistance respiratoire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alimentation parentérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui :	<input type="checkbox"/> Oxygène, débit :		Alimentation entérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	<input type="checkbox"/> Syndrome d'apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Aérosol					

DEPENDANCE : Coter chaque item 1 à 4 (1 : autonome – 4 : dépendance totale)

Habillage	Mobilisation	Alimentation	Contenance	Comportement	Relation

***Nom et Signature du médecin prescripteur :**