

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D
PEDIATRIQUE**

Secrétariat des admissions : 04 72 27 47 00 - admission@hadlyon.asso.fr MON SISRA : ADMISSION HAD SOINS ET SANTE LYON	La nuit, le week-end ou en cas d'urgence, Merci de précéder votre demande écrite d'un appel téléphonique ☎ : 04 72 27 23 60 Mail : standard@hadlyon.asso.fr
--	---

ADRESSEUR

Etablissement hospitalier	
<i>Service adresseur</i>	☎ :
<i>Nom du médecin adresseur</i>	☎ :

IDENTITE DU PATIENT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

IDENTITE DES PARENTS

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Représentant légal	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Représentant légal
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
☎ Téléphone :	☎ Téléphone :
Informé de la prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Informé de la prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LE PATIENT EST INFORME DU PROJET D'HAD : Oui Non

SOCIAL :

N° d'Immatriculation Sécurité Sociale (obligatoire) :

Intervenants déjà en place : IDEL Kinésithérapeute Psychomotricien Orthophoniste Autre :

Nom du service / prestataire :

MEDICAL

PATHOLOGIE :

ANTECEDENTS :

DATE DU RAD SOUHAITE :

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

Nom et prénom du patient :

MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD

<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> Education du patient et/ou de son entourage <input type="checkbox"/> Médicament à réserve hospitalière <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Pansement complexe <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique et/ou sociale <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Sortie précoce de chirurgie <input type="checkbox"/> Surveillance pondérale chez un nouveau-né de petit poids <input type="checkbox"/> Soins de trachéotomie <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

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"/> MIDDLELINE	<input type="checkbox"/> SOUS/CUT	<input type="checkbox"/> BROVIAC®
<u>Abord respiratoire :</u>	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> DRAIN	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> OXYGENE	<input type="checkbox"/> ASPI TRACH	
<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					

MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE

PROJET PALLIATIF : Non Oui Si oui, détail :

LATA :

Protocole douleur : Non Oui Si oui : PCA Pousse-seringue Traitement Per os

Echelle de la douleur utilisée :

Etat cutané = plaie : Non Oui **Pansements complexes :** Non Oui

MEOPA : Non Oui **Protocole pansements :**

Assistance respiratoire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : <input type="checkbox"/> Oxygène, débit : <input type="checkbox"/> VNI, réglages des paramètres : <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Autres : <u>Prestataire en place :</u>	Alimentation parentérale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Type : Quantité : Temps de passage : Alimentation entérale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Type : Quantité : Temps de passage :
--	---

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

Habillage	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation

Signature du médecin prescripteur :