

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

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D  
POST-PARTUM**

<b>Secrétariat des admissions :</b> 04 72 27 47 00 - admission@hadlyon.asso.fr <b>Mon sisra :</b> ADMISSION SOINS ET SANTE HAD		<b>JOINDRE A LA DEMANDE :</b> - LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE - LES CR D'HOSPITALISATION ET D'ACCOUCHEMENT - LES ORDONNANCES	
<b>ADRESSEUR</b>			
*Etablissement hospitalier			
*Service adresseur		☎ :	
Nom du médecin adresseur		☎ :	
Nom du cadre sage-femme		☎ :	
Professionnel référent de la patiente		☎ :	
Mail de réception des comptes rendus HAD			
<b>IDENTITE DU PATIENT</b>			
<i>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</i>			
*Nom :		*Prénom :	
*Nom de jeune fille :		*Date de naissance :	
*Adresse précise en H.A.D. :			
*Téléphone :			
Tutelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP		N° de sécurité sociale :	
La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
*Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :		Proche de la patiente à contacter si besoin :	
A J... du post-partum		Nom : Prénom :	
URGENT : <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"/> Soins post-césarienne <input type="checkbox"/> Soins de plaie périnéale <input type="checkbox"/> Dépression du post-partum <input type="checkbox"/> Pathologie maternelle gravidique non résolue : HTA, anémie, diabète, ... <input type="checkbox"/> Difficultés sphinctériennes		<input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Difficultés d'allaitement avec au moins 1 facteur de risque <input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse après la phase aiguë <input type="checkbox"/> Mère en situation de vulnérabilité associée à 1 indication médicale <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>ACCOUCHEMENT</b>		<b>NOUVEAU-NÉ</b>	
*Gestité :		Nom :	
*Parité :		Prénom :	
*Date d'accouchement :		Poids de naissance :	
*Terme :		Allaitement : <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> *AVB :		Examen clinique : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique Précisez :	
<input type="checkbox"/> *Césarienne :			
<b>HOSPITALISATION</b>			
Le :		Surveillance souhaitée en HAD :	
Pathologie durant l'hospitalisation :			
Traité par :			

Date de la demande :

\*Signature du médecin adresseur :