

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D**  
**NOUVEAU-NE**

<b>Secrétariat des admissions :</b> 04 72 27 47 00 - admission@hadlyon.asso.fr <i>Mon sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD</i>		<b>JOINDRE A LA DEMANDE :</b> - LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE - LES CR D'HOSPITALISATION - LES ORDONNANCES	
<b>ADRESSEUR</b>			
<b>Etablissement hospitalier</b>			
<i>Service adresseur</i>		☎ :	
<i>Nom du médecin adresseur</i>		☎ :	
<i>Nom du cadre</i>		☎ :	
<i>Professionnel référent du patient</i>		☎ :	
Mail de réception des comptes rendus HAD			
<b>IDENTITE DU PATIENT</b>			
<i>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient</i>			
<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>			
<b>Adresse précise en H.A.D. :</b>			
<b>Parent 1 (mère de naissance) :</b>			
Nom :	Prénom :	☎ Téléphone :	
<b>Parent 2 :</b>			
Nom :	Prénom :	☎ Téléphone :	
<b>Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</b>		<b>Lien PMI :</b> <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> A faire	
A J... de vie		<b>Pédiatre / médecin libéral :</b>	
<b>URGENT :</b> <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> Dès que possible		<b>Sage-femme libérale :</b>	
<b>MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD</b>		<b>ACCOUCHEMENT</b>	
<input type="checkbox"/> PAG <input type="checkbox"/> Surveillance ictère <input type="checkbox"/> Autre :		<b>Gestité :</b> <span style="float: right;"><b>Parité :</b></span>	
		<b>Date d'accouchement :</b>	
		<b>Terme :</b>	
		<input type="checkbox"/> AVB : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Césarienne :</span>	
<b>NOUVEAU-NÉ</b>		<b>A LA SORTIE</b>	
<b>Allaitement :</b> <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte		<b>Poids :</b> <span style="float: right;"><b>Taille :</b> <span style="float: right;"><b>PC :</b></span></span>	
<b>Examen clinique :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique Précisez :		<b>Biliflash :</b>	
<b>Contexte infectieux :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Résultats du dernier bilan biologique :</b>	
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Dates d'hospitalisation :</b>		<b>Surveillance souhaitée en HAD :</b>	
<b>Pathologie durant l'hospitalisation :</b>			
<b>Traitement (posologie) :</b>			

Date de la demande :

Nom et Signature du médecin adresseur :