

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

### DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D

#### Secrétariat des admissions :

04 72 27 47 00 - admission@hadylon.asso.fr

**Mon sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD**

#### ADRESSEUR

<b>*Etablissement hospitalier</b>	
<b>*Service adresseur</b>	☎ :
Nom du médecin adresseur	☎ :
Nom du cadre infirmier	☎ :
Nom de l'assistant(e) social(e)	☎ :

#### IDENTITE DU PATIENT

***Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient***

**\*Nom :**

**\*Prénom :**

**\*Nom de jeune fille :**

**\*Sexe :**

**\*Date de naissance :**

**\*Lieu :**

**Situation familiale :**

Marié    Concubinage    Veuf    Célibataire

**\*Adresse précise en H.A.D. :**

☎ Domicile :

**\*Entourage à joindre pour préparer l'HAD :**

(Préciser lien avec le patient)

**Nom :**

☎ :

**\*Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD :**    Oui    Non

**Tutelle :**    Oui    Non

**Nom :**

☎ :

#### PROFESSIONNEL DE VILLE

**Nom du médecin traitant :**

**IDEL :**

**Laboratoire :**

**Kiné :**

**Aide à domicile déjà en place :**

- SAD aide  
 SAD mixte  
 Prestataire  
 Réseau  
 Autre :

#### SOCIAL

**\*Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :**

**\*N° d'Immatriculation :**

**A.L.D. :**    Oui    Non

**Nom de la Mutuelle :**

**Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :**

**URGENT (Dans la journée) :**    Oui    Non

#### MEDICAL

***MERCI DE NOUS FAIRE PARVENIR AVEC CETTE DEMANDE LES ORDONNANCES et COMPTES RENDUS MEDICAUX***

**\*Antécédents :**

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

\* **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	<input type="checkbox"/> FAV
Abord respiratoire :	<input type="checkbox"/> PAC PLEURAL	<input type="checkbox"/> DRAIN PLEUR-X	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE		
Abord urinaire :	<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> BRICKER	<input type="checkbox"/> URETEROSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE DE NEPHROSTOMIE	
Sonde d'alimentation :	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIE	<input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE		
Abord et dispositifs cutanés :	<input type="checkbox"/> REDON	<input type="checkbox"/> LAME	<input type="checkbox"/> VACTHERAPIE	<input type="checkbox"/> AGRAFES	<input type="checkbox"/> FILS
Stomie de l'appareil digestif :	<input type="checkbox"/> ILEOSTOMIE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/> OESOPHAGOSTOMIE	<input type="checkbox"/> SONDE RECTALE	
<input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CATHETER PERI NERVEUX <input type="checkbox"/> AUTRES :					

**MODES DE PRISE EN CHARGE ET PROJET THERAPEUTIQUE**

Soins palliatifs :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Soins de nursing lourd :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Oui si 2 passages IDE > 1 h )
Traitement IV :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel :	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
Surveillance d'aplasie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etat cutané = plaie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel protocole :	Escarre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rééducation orthopédique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pansements complexes :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ( > 1h de soins/jour ) Si oui, quel protocole :
Rééducation orthophonique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Surveillance post-chimio :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rééducation neurologique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de séances kiné par semaine :	Surveillance post-radiothérapie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel protocole :
Assistance respiratoire mécanique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :    Ventilation non invasive    Ventilation invasive	Alimentation parentérale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Education thérapeutique du patient :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentation entérale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PEC psycho :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PEC Diététique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre traitement (Hors PER OS) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Post-traitement chirurgical :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Education thérapeutique de l'entourage :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		PEC Sociale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		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	Contenance	Comportement	Relation

(Voir cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne)

**MATERIEL**

Poids et taille du Patient :       

Variation du poids avant l'hospitalisation :     Prise     Stable     Perte     Inconnue

Besoin du patient évalué par le service :

<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Lève-malade	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> Matelas anti escarres/Mémoire de forme	<input type="checkbox"/> Chaise garde-robe	<input type="checkbox"/> Fauteuil de repos
<input type="checkbox"/> Matelas-dynamique		
<input type="checkbox"/> Autre :		

\* **Nom ET signature**  
**du médecin adresseur :**