

**Formulaire d'Enregistrement Administratif – FEA 04-00-01**  
**Demande d'Admission en HAD**

À faxer au 09.70.19.19.50 ou à adresser par mail à : [secretariat.had@soins-assistance.org](mailto:secretariat.had@soins-assistance.org)  
Tél. : 04.96.20.66.88 / 04.96.20.66.70

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN DEMANDEUR :** .....  
**ÉTABLISSEMENT :** ..... **Service :** ..... **Personne contact :** .....  
**Téléphone :** ..... **Fax :** ..... **E-mail :** .....

**DATE D'ADMISSION EN HAD SOUHAITÉE :** ...../...../.....

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

**Nom de naissance :** ..... **Prénom :** .....  
**Nom d'usage :** ..... **Date de Naissance :** ...../...../..... **Sexe :**  F  M  
**Adresse :** ..... **Téléphone :** .....  
**N° SS :** .....

**PERSONNE A CONTACTER : Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Téléphone :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Ont consenti à la demande d'HAD :** Patient :  OUI  NON      Famille :  OUI  NON

**IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBÉRAUX**

**MÉDECIN TRAITANT informé de la demande d'HAD :**  OUI  NON

**Nom / Prénom :** .....  
**Téléphone :** ..... **Fax :** ..... **E-mail :** .....

**INFIRMIER LIBÉRAL : Nom / Prénom :** .....  
**Téléphone :** ..... **Fax :** ..... **E-mail :** .....

**DIAGNOSTIC / MOTIF MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD** (veuillez nous communiquer le maximum d'informations médicales possibles) :

**ANTÉCÉDENTS Médicaux :** .....  
**Chirurgicaux :** .....  
**Allergie(s) :** .....

**TRAITEMENT EN COURS :** *Merci de joindre à la demande d'admission la prescription médicale.*  
*Le jour de l'admission, nous faire parvenir les ordonnances originales.*

**TYPE DE PRISE EN CHARGE :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS                 | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR                       |
| <input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES             | <input type="checkbox"/> TRAITEMENT POST CHIRURGICAL                         |
| <input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTÉRALE / ENTÉRALE | <input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD                              |
| <input type="checkbox"/> TRAITEMENT IV                    | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE                      |
| <input type="checkbox"/> CHIMIOTHÉRAPIE                   | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE                             |
| <input type="checkbox"/> AUTRES : .....                   | <input type="checkbox"/> REEDUCATION NEUROLOGIQUE – REEDUCATION ORTHOPÉDIQUE |

**Patient porteur de BMR ou de BHRé :**  OUI  NON *Merci de joindre les résultats de dépistage à la demande d'admission*

**Evaluation de la dépendance :** Indice de Karnofsky : ..... et / ou GIR : .....

**Evaluation sociale :** Vit seul :  OUI  NON    Entourages présents :  OUI  NON    Tutelle/curatelle : .....  
 Logement : .....    Etage : .....    Ascenseur : .....

**Pour EHPAD, Evaluation Anticipée :**  OUI  NON

**Date de la demande d'admission :** .....

**Nom et cachet du médecin demandeur :** .....