



À adresser par messagerie sécurisée à : secretariat.had@soins-assistance.mssante.fr *
Tél. : 04.96.20.66.88 / 04.96.20.66.70

* En cas de mode dégradé uniquement, ce formulaire peut être transmis par mail à secretariat.had@soins-assistance.org ou par fax au 09 70 19 19 50

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 Proches / Aidants : 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 la prescription médicale à la demande d'admission.*
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"/> CHIMIOTHERAPIE | <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*

Évaluation de la dépendance : Indice de Karnofsky : et / ou GIR :

Handicap : moteur sensoriel mental cognitif psychique

Évaluation sociale : Vit seul : OUI NON Proches / Aidants présents : OUI NON Tutelle/curatelle :

Logement :

Étage : Ascenseur :

Pour EHPAD, Évaluation Anticipée : OUI NON

Date de la demande d'admission :

Nom et cachet du médecin demandeur :