



**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE INITIALE DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE**

Etablie par le Docteur : \_\_\_\_\_ Service/Etablissement : \_\_\_\_\_

Pour Patient(e) Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**MOTIF MEDICAL : Pathologie & Nature des soins**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diagnostic connu du malade :  Oui  Non

**PATHOLOGIE(S) ASSOCIEE(S) :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Récupération d'autonomie                                      | <input type="checkbox"/> Réadaptation au domicile               |
| <input type="checkbox"/> Stabilisation de l'état actuel                                | <input type="checkbox"/> Cicatrisation (escarre, ulcère, plaie) |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et d'accompagnement                          | <input type="checkbox"/> Poursuite de soins de type hospitalier |
| Exitus à domicile envisagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                         |

**ETAT A L'ADMISSION :**

- |  |  |  |   |   |                                  |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valide            | <input type="checkbox"/> Déambule              | <input type="checkbox"/> Lit/Fauteuil                      | <input type="checkbox"/> Grabataire     | <input type="checkbox"/> T. de conscience | <input type="checkbox"/> Démence |
| <input type="checkbox"/> T. de déglutition | <input type="checkbox"/> Incontinence          | <input type="checkbox"/> Sonde : _____                     | <input type="checkbox"/> Stomie : _____ | <input type="checkbox"/> Oxygénodépendant |                                  |
| <input type="checkbox"/> Escarres : _____  | <input type="checkbox"/> Autres plaies : _____ | <input type="checkbox"/> Antalgiques (pallier OMS) : _____ |   |   |                                  |
- Dénutrition :  Oui  Non  Ne sais pas **Dernier résultat d'albuminémie et date :** \_\_\_\_\_  
 Infection BMR :  Oui  Non **Si oui, site et germe :** \_\_\_\_\_  Non

**CHARGE EN SOINS :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins d'accompagnement et d'éducation | <input type="checkbox"/> Evaluation de la douleur      | <input type="checkbox"/> Toilette                                |
| <input type="checkbox"/> Soins d'incontinence                  | <input type="checkbox"/> Soins de stomie               | <input type="checkbox"/> Soins d'escarres                        |
| <input type="checkbox"/> Héparine SC                           | <input type="checkbox"/> Injection IM : _____          | <input type="checkbox"/> Pansement                               |
| <input type="checkbox"/> Réhydratation SC                      | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale : _____ | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale (nutriments) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Perfusions IV                         | <input type="checkbox"/> Voie périphérique             | <input type="checkbox"/> Voie centrale                           |
| Nature des produits à perfuser : _____                         | <input type="checkbox"/> Chambre implantable           |  |

**ENVIRONNEMENT MATERIEL SOUHAITE :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé             | <input type="checkbox"/> Fauteuil de repos     | <input type="checkbox"/> Autres : _____       |
| <input type="checkbox"/> Pousse-seringue électrique | <input type="checkbox"/> Pompe à perfusion     | <input type="checkbox"/> Pompe à nutriment    |
| <input type="checkbox"/> Oxygène                    | <input type="checkbox"/> Aspirateur à mucosité | <input type="checkbox"/> Pompe à morphine     |
|   |  | <input type="checkbox"/> Générateur d'aérosol |

**AUTRES INTERVENANTS DEMANDES :**

- |  |  |                                   |                                    |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthophonique |  |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie :          | <input type="checkbox"/> Non indiquée            | <input type="checkbox"/> En cours | <input type="checkbox"/> A prévoir |
| Déjà suivi par :                                   | => L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :         | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       |
|  | => L'Equipe de Liaison en Soins d'Addictologie : | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       |
|  | => Les Associations de Bénévoles :               | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       |

**RESERVE AU SERVICE D'H.A.D.**

Entrée prévu le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

- Soins ponctuels  
 Soins de suite et de réadaptation  
 Soins continus  
 Indice de Karnowsky : \_\_\_\_\_

Signature du Cadre Infirmier  
 Enregistrant la demande

Accord du médecin coordonnateur

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Pour une période de :

Fait à :

Le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du Médecin demandeur

Médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Contacté le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_