



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD

Hospitalisation À Domicile d'Avignon et sa Région
1525, chemin du Lavarin
BP 863 - 84083 AVIGNON Cedex 2
☎ : 04.90.13.47.40 / 📠 : 04.90.89.72.46
✉ : secretariat-had@hadar.fr / 🌐 : <http://hadar.fr>

Date d'admission souhaitée :



**Merci de joindre un compte-rendu médical récent et les traitements en cours.
La réception de ces documents conditionne la prise en charge effective.**

IDENTITÉ DU MÉDECIN ET/OU ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

	Médecin émetteur de la demande	Établissement hospitalier / service référent
Nom ↻		
Téléphone ↻		
Courriel ↻	@	
Fax ↻		

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À PRENDRE EN CHARGE EN HAD

Nom de naissance : _____ Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____ Né(e) le : ___ / ___ / ____ à _____
 Sexe : H F N° sécurité sociale : _____ ALD
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ 📞 : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Courriel : _____ @ _____

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Environnement familial et/ou proche :

	NOM et prénom ⤴	Téléphone ⤴	Lien avec le patient ⤴
Personne ressource :			
Personne de confiance :			
<input type="checkbox"/> non désignée			

MÉDECIN TRAITANT (S'IL N'EST PAS À L'ORIGINE DE LA DEMANDE)

NOM prénom : _____ Téléphone : _____ Fax : _____
 A-t-il été prévenu de la demande d'HAD ? Non Oui

IDE LIBÉRALE

NOM prénom : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (JOINDRE UN COMPTE-RENDU MÉDICAL)

Motif médical d'admission en HAD :

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

Allergies :

Patient porteur de BMR/BHRe ? Non Oui ↻ Type de germe & localisation :

Précautions complémentaires d'hygiène à mettre en place ? Contact Air Gouttelettes

	OUI ⤴	NON ⤴	NA ⤴
Diagnostic connu du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic connu de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rappel de l'identité de la personne hospitalisée :**NOM :****NOM de jeune fille :****Prénom :****Date de naissance :** ____ / ____ / ____**TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur | <input type="checkbox"/> Pansements complexes |
| <input type="checkbox"/> Chimio ou suivi post-chimio | <input type="checkbox"/> Traitement IV | <input type="checkbox"/> Traitement post-chirurgical |
| <input type="checkbox"/> Suivi par une EMSP | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale / entérale | <input type="checkbox"/> Autres traitements |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Nursing lourd | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> PEC psychosociale | <input type="checkbox"/> Bénévoles d'accompagnement | |

TRAITEMENT EN COURS (JOINDRE UNE COPIE DU TRAITEMENT)**CHARGE EN SOINS**

Nutrition :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Entérale	<input type="checkbox"/> Parentérale	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Gastrostomie	<input type="checkbox"/> Jéjunostomie
	<input type="checkbox"/> PO - Adaptée :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> « Plaisir »	
Injectable :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔ Traitements :				
PCA :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Midazolam	<input type="checkbox"/> Autre :	
Voie d'abord :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> S/C	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> Picc-line	<input type="checkbox"/> Ch. implantable	<input type="checkbox"/> VVP
	<input type="checkbox"/> Autre :					
Oxygène :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔ Débit :	L/min	<input type="checkbox"/> Continu	<input type="checkbox"/> Discontinu	
	<input type="checkbox"/> VNI		<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Aérosols		
Pansement :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔ Localisation :				
	(joindre le protocole / la prescription)					

ÉVALUATION CLINIQUE

État général :	Poids :	Kg	IMC :	Variation de poids :	<input type="checkbox"/> ↗ / <input type="checkbox"/> = / <input type="checkbox"/> ↘
	Dénutrition : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Escarres ou plaies :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔	Stade :	Localisation	
Élimination :	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure		<input type="checkbox"/> Étui pénien	<input type="checkbox"/> Iléostomie	<input type="checkbox"/> Colostomie
Déplacement :	<input type="checkbox"/> Valide	Déambule :		<input type="checkbox"/> sans aide / <input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> Grabataire
Psychique :	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire				
	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement (agressivité, cris, fugues) :				
Souffrance Psycho. :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ➔	<input type="checkbox"/> Suivi par un psychologue en cours :		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À prévoir <input type="checkbox"/> Oui
Neurologique :	<input type="checkbox"/> Accident cérébral ➔ Date :			<input type="checkbox"/> Déficit moteur	
	Troubles : <input type="checkbox"/> de l'équilibre <input type="checkbox"/> du langage <input type="checkbox"/> de la déglutition				
Symptômes difficiles :	<input type="checkbox"/> Dyspnée		<input type="checkbox"/> Nausées, vomissements		
	<input type="checkbox"/> Troubles du transit		<input type="checkbox"/> Douleur rebelle :		

DATE**NOM ET SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT**

Le