

DATE : / /

HEURE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr

PATIENT Nom : Prénom :

Adresse de l'EHPAD.....

Né(e) le : À.....

Téléphone

Accord pour l'intervention de l'HAD ☐ famille ☐ tuteur ☒ curateur

MEDECIN TRAITANT :

Dr :

Accord du médecin traitant pour une prise en charge en HAD ☐ oui ☐ non

Adresse :

Tél : Portable :

MOTIF D'HOSPITALISATION EN HAD :

☐ Soins palliatifs

☐ Transfusion selon critères éligibilité

☐ Prise en charge de la douleur

☐ Surveillance post-chimio anticancéreuse

☐ Pansement complexe

☐ Antibiothérapie IV/ traitement IV (A réserve hospitalière, nutrition parentérale...)

☐ Autre.....

Évaluation réalisée par l'équipe de soins palliatifs ☐ oui ☐ non

Évaluation réalisée par l'unité mobile gériatrique ☐ oui ☐ non

ANTÉCÉDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE :

SOINS PRÉVUS :

JOINDRE : L'ORDONNANCE DE TRAITEMENT, DLU EN COURS, LA CARTE DE GROUPE SANGUIN pour les DEMANDES DE TRANSFUSIONS

Fait à le

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

SI HOSPITALISATION NÉCESSAIRE :

PATIENT A ADRESSER A :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

SERVICE :

MEDECIN :