

**Tél : 02.97.62.56.20**

**Fax : 02.97.62.56.23**

**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**

**SI HOSPITALISATION NÉCESSAIRE :**

**PATIENT A ADRESSER A :**

**NOM DE L'ETABLISSEMENT :**

**SERVICE :** .....

**MEDECIN :** .....

Fait à ..... le .....

**SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR**