

Tél. : 02.97.62.56.20  
Fax : 02.97.62.56.23

DATE : / /  
HEURE : .....

### PROVENANCE DU PATIENT

Domicile : ☐

Hospitalisé : ☐

Etablissement : ..... Service : ..... Tél. ....

### MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr .....

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : .....



### PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : ..... à .....

Téléphone .....

Adresse des soins : ..... Vit seul :

Oui ☐ Non ☐

..... Accord de la famille pour un retour au domicile ☐ oui ☐ non

### MEDECIN TRAITANT :

Dr : .....

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

Adresse : .....

Tél : ..... Portable : .....

### MOTIF D'HOSPITALISATION EN HAD :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs*                                  | <input type="checkbox"/> Pansement complexe      | <input type="checkbox"/> Surveillance post-chimio anticancéreuse     |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur                      | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   | <input type="checkbox"/> Surveillance de radiothérapie et/ou aplasie |
| <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourds                            | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale      | <input type="checkbox"/> Sortie précoce de chirurgie                 |
| <input type="checkbox"/> Antibiothérapie IV/ traitement IV                  | <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire | <input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique et sociale    |
| <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Autre : ..... |  |  |

\* Evaluation réalisée par l'équipe de soins palliatifs ☐ oui ☐ non

### ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE :

.....  
.....  
.....

### SOINS PREVUS :

.....  
.....  
.....

### JOINDRE L'ORDONNANCE DE TRAITEMENT EN COURS SVP

Fait à ..... le .....

### SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

#### SI HOSPITALISATION Nécessaire,

#### PATIENT A ADRESSER A :

NOM DE L'ETABLISSEMENT

.....

SERVICE.....

MEDECIN.....