

	Demande d'admission en HAD	Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001
		Version : 2
		Page 2
		Structure : HAD
		Mise en application : 31/07/2023
Type de document : Enregistrement SSBDR		Processus : Préadmission/Admission

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

MÉDECIN ET/OU ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :
Nom du médecin /service prescripteur : Téléphone : - - - - Hospitalisé(e) depuis le :

PATIENT(E) :
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ N° SS : / / / / / / Caisse SS : _____ Mutuelle : _____ Adresse mail* : _____ <i>*Le patient accepte de transmettre une adresse e-mail pour participer au questionnaire e satis : sa propre adresse e-mail ou celle d'un proche / membre de sa famille s'il n'en a pas, ou qu'il souhaite être aidé pour répondre au questionnaire »</i>

MESURE DE PROTECTION
Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Aucune ☐ Autre : _____

PERSONNE A PREVENIR
Personne ressource - Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec le patient : _____ Téléphone : - - - -

PERSONNE DE CONFIANCE
Personne ressource - Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec le patient : _____ Téléphone : - - - -

MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :
Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : - - - - Ville : _____ Code Postal : _____

TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE :												
<table border="0"> <tr> <td>☐ Perfusion de type hospitalier</td> <td>☐ Gestion de la douleur</td> <td>☐ Soins palliatifs</td> <td>☐ Nursing lourd</td> </tr> <tr> <td>☐ Chimio ou suivi post-chimio</td> <td>☐ Nutrition parentérale/entérale</td> <td>☐ Assistance respiratoire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Pansements complexes</td> <td>☐ Traitement post chirurgical</td> <td>☐ Traitement à réserve hospitalière</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Perfusion de type hospitalier	☐ Gestion de la douleur	☐ Soins palliatifs	☐ Nursing lourd	☐ Chimio ou suivi post-chimio	☐ Nutrition parentérale/entérale	☐ Assistance respiratoire		☐ Pansements complexes	☐ Traitement post chirurgical	☐ Traitement à réserve hospitalière	
☐ Perfusion de type hospitalier	☐ Gestion de la douleur	☐ Soins palliatifs	☐ Nursing lourd									
☐ Chimio ou suivi post-chimio	☐ Nutrition parentérale/entérale	☐ Assistance respiratoire										
☐ Pansements complexes	☐ Traitement post chirurgical	☐ Traitement à réserve hospitalière										

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)

Je soussigné, Docteur _____ certifie que l'état de santé de Mr/Mme _____
 Nécessite une hospitalisation à domicile à compter dupour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales de la présente demande

Affection en rapport ALD ☐ Séjour supérieur à 30 jours ☐	DIAGNOSTIC :
---	---

Cachet du médecin prescripteur 	Signature du médecin prescripteur
--	---





Demande d'admission en HAD

Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001

Version : 2

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 31/07/2023

Type de document : Enregistrement SSBDR

Processus : Préadmission/Admission

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (ordonnance à joindre, SVP) ☐ PO ☐ IV ☐ SCVoie d'abord : ☐ VVP ☐ Mid Line ☐ VVC ☐ Picc-line ☐ Port a Cath ☐ Catheter Autre ☐

ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) : Taille (en cm) : ☐ Pompe antalgiquesAllergie(s) connue(s) : ☐ Non ☐ Oui :Nutrition : ☐ Voie orale ☐ Adaptée (mixée) ☐ Nutrition IV ☐ Par SondeRespiration : ☐ Air ambiant ☐ O₂ (débitL/min ☐ Continu / ☐ Discontinu)
☐ VNI ☐ Trachéotomie ☐ Aérosols ☐ AspirationsÉlimination : ☐ Sonde U ☐ Étui pénien ☐ Dialyse ☐ Changes-complets ☐ Stomie ☐ ColoHygiène : ☐ Toilette complète (au lit...) ☐ Aide à la toilette ☐ AutonomeMobilité : ☐ Sans aide humaine ☐ Avec aide humaine ☐ Aide technique ☐ Alité
(Lève malade verticalisateur)Troubles cognitifs : ☐ Oui ☐ Non Contention : ☐ Oui ☐ Non Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).Risque suicidaire : ☐ Oui ☐ Non Patient porteur BMR : ☐ Oui ☐ Non

REMARQUES :

Les données personnelles recueillies rentrent dans le cadre de notre politique de protection des données personnelles et ont pour finalité la gestion de la prise en charge médicale et administrative du patient. Vous pouvez obtenir notre politique de protection des données personnelles sur simple demande. Conformément au RGPD vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer en nous contactant à l'adresse suivante : SSBDR- DIRECTION 13 Rue Nicolas Copernic – 13200 Arles