



## Demande d'admission en HAD (Hors EHPAD)

Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001

Version : 7

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 20/03/2025

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 :

Pharmacie habituelle :

Hospitalisé(e) depuis le :

Téléphone :

**PATIENT(E) :**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

N° SS :

Caisse SS :

Mutuelle :

Adresse mail\* :

\*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 »

**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 :**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perfusion de type hospitalier | <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur             | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs        | <input type="checkbox"/> Nursing lourd        |
| <input type="checkbox"/> Chimio ou suivi post-chimio   | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale/entérale    | <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire | <input type="checkbox"/> Pansements complexes |
| <input type="checkbox"/> Traitement post chirurgical   | <input type="checkbox"/> 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 du pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les informations médicales et paramédicales de la présente demande

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> AT ≥ 120 euros ou coef ≥ 60 |
| <input type="checkbox"/> Affection en rapport ALD    |
| <input type="checkbox"/> Séjour supérieur à 30 jours |

**DIAGNOSTIC :**

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur





## Demande d'admission en HAD (Hors EHPAD)

Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001

Version : 7

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 20/03/2025

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  SC  Pompe antalgique

Voie d'abord :  VVP  Mid Line  VVC  Picc-line  Port a Cath  Catheter  Autre :

### ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) :

Taille (en cm) :

Allergie(s) connue(s) :  Non  Oui : .....

Nutrition :  Voie orale  Adaptée (mixée)  Nutrition entérale  Nutrition Parentérale  Nutrition IV  SNG (ch : .....)

Respiration :  Air ambiant  O<sub>2</sub> (débit ..... L/min)  Continu OU  Discontinu

VNI (nuit/jour)  Trachéotomie (réf. :.....)  Aérosols  Aspirations (réf. :.....)

Élimination :  Autonome  Changes-complets  SAD (ch : .....)  Sonde U  Étui pénien (ch : .....)  
 Stomie  Colo  Ileo  Nephrostomie  Dialyse  Bricker

Hygiène :  Autonome  Toilette complète (au lit...)  Aide à la toilette

Mobilité :  Sans aide humaine  Avec aide humaine  Aide technique (Lève malade verticalisateur)  Alité

Troubles cognitifs :  Oui  Non Contention :  Oui  Non Risque de chute :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).

Risque suicidaire :  Oui  Non Risque situation de maltraitance :  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 : SSV- DIRECTION Espace France Europe 1328 Chemin de la PLANQUETTE CS 90587 LA GARDE