

	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 : Hospitalisé(e) depuis le : Téléphone :	Pharmacie habituelle :

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 <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> :	

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

PERSONNE DE CONFIANCE	
Personne ressource - Nom : Lien avec le patient :	Prénom : 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
 Nécessite une hospitalisation à domicile à compter du
 informations médicales et paramédicales de la présente demande

Certifie que l'état de santé de Mr/Mme
 pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les

<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
--------------------------------	-----------------------------------



