

1 Origine de la demande
*[*Rayer la mention inutile]*

Nom Etablissement : Service :
 Médecin Hospitalier ou Médecin Traitant* : Tél. :
 Nom de l'Assistant(e) de Service Social : Tél. :
 Nom du Cadre de Santé : Tél. :

Etiquette patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° Sécurité Sociale :

2 Identité du patient

Adresse du domicile :
 Code Postal : Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Portable :
 Personne à contacter : Nom : Tel :

3 Motifs de prise en charge en HAD

Cocher le(s) motif(s)		Observations
Assistance Respiratoire		
Nutrition parentérale		
Traitement IV		
Soins Palliatifs		
Chimiothérapie anticancéreuse (per os)		
Surveillance post-chimiothérapie anti-cancéreuse		
Nutrition entérale		
Prise en charge de la douleur		
Autres traitements		
Pansements complexes et soins spécifiques		
Post-traitement chirurgical		
Rééducation orthopédique		
Rééducation neurologique		
Soins de Nursing lourds		
Radiothérapie		
Prise en charge psycho-sociale		

MERCI D'ENVOYER CETTE DEMANDE AVEC LES DOCUMENTS SUIVANTS PAR FAX AU 04 77 32 22 86 OU PAR MAIL secretariat@santeadom.fr

- ⇒ Traitement en cours
- ⇒ Dernière biologie
- ⇒ Compte rendu d'entrée dans votre service et dernière observation médicale (ou Compte rendu dernière hospitalisation)

4 Prescription Médicale

Je soussigné(e) Docteur.....
 Certifie que l'état de santé de M./Mme/Mlle*nécessite une prise en charge en hospitalisation à domicile.

5 Intervenants du patient au domicile

Médecin Traitant :
 Infirmiers libéraux :
 Kinésithérapeute libéral :
 Pharmacie :
 Laboratoire :

Date	
Signature / Cachet	