

A faxer au 02 99 77 46 88

DATE de la demande :

IDENTITE DU (DE LA) PATIENT(E) :

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Numéro de sécurité sociale : (joindre bulletin de situation si patient hospitalisé)
Adresse :
Code postal : Ville :
☎
Situation de famille :
Médecin traitant : ☎

MEDECIN OU SERVICE PRESCRIPTEUR :

Docteur :
Service (cachet)



Signature :

ACCORDS DE PEC EN HAD :

- Médecin traitant : Oui Non
- Patient : Oui Non
- Entourage : Oui Non

ANTECEDENTS :

- Allergies médicamenteuses :

MOTIF D'HOSPITALISATION dans le service de court séjour (si patient hospitalisé) :

ADMISSION EN HAD :

Motifs d'admission en HAD :

Date d'admission souhaitée :

Problème médicaux actuels :

Soins à assurer, surveillance particulière :

Oxygène oui non VNI / Trachéotomie oui non SNG GPE

Stomie (digestive / urinaire) Sonde urinaire Chimiothérapie oui non ⇒

Médicament :

Voie d'abord oui non préciser : PICC / PAC.....

Protocole insuline :

AVK / INR :x/

Autre :

RAPPEL IDENTITE DU (DE LA) PATIENT(E) : Nom : Prénom :

TRAITEMENT EN COURS

Nom du médicament :	Posologie :
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
- Patient autonome en capacité de prendre son traitement per os : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS

Transfusion au cours des 3 derniers mois

- Si oui, nom et adresse du centre transfuseur :
.....
.....
.....

Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) faite le :

ACTUEL :

❖ Etat général :	Poids :	Escarres :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
❖ Psychique :	Troubles de la mémoire		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
	Troubles du comportement		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
Préciser : agressivité, cris, fugues																																								
❖ Neurologique :	Accident cérébral – Date :		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
	Déficit moteur		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
	Troubles de la déglutition		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
	Troubles de l'équilibre		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
	Troubles du langage		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																				
❖ Dépendance fonctionnelle :																																								
	<table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Niveaux</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr></thead><tbody><tr><td>Habillage (+ toilette)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Déplacement</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Alimentation</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Contenance</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Relation – Communication</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Comportement</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Niveaux	1	2	3	4	Habillage (+ toilette)					Déplacement					Alimentation					Contenance					Relation – Communication					Comportement								
Niveaux	1	2	3	4																																				
Habillage (+ toilette)																																								
Déplacement																																								
Alimentation																																								
Contenance																																								
Relation – Communication																																								
Comportement																																								
			Niveau 1 = indépendance complète																																					
			Niveau 2 = supervision ou arrangement																																					
			Niveau 3 = assistance partielle																																					
			Niveau 4 = assistance totale																																					
❖ Anomalies biologiques à risque :	<input type="checkbox"/> insuf rénale	<input type="checkbox"/> insuf hépatique	<input type="checkbox"/> NFS	<input type="checkbox"/>																																				
❖ Patient porteur de bactéries multi-résistantes BMR/SARM :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																							
❖ Précautions complémentaires d'hygiène à mettre en place																																								
	<input type="checkbox"/> CONTACT	<input type="checkbox"/> GOUTTELETTES	<input type="checkbox"/> AIR																																					
❖ Mode d'alimentation :	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> parentérale	<input type="checkbox"/> entérale																																					

ENVIRONNEMENT SOCIAL :

Conditions de vie :

- ❖ **Présence d'un environnement familial (préciser)** :
- ❖ **Personne ressource : Nom** :
.....
- ❖ **Besoin d'aides sociales supplémentaires à prévoir à domicile** : oui non
- ❖ **Nom de la personne en charge du dossier social** :