



A faxer au 02 99 77 46 88

Date de la demande : .../.../.....

Entrée souhaité le :

Identité patient(e) :

Nom :Prénom :

.....

Date de naissance : .../.../.....

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Etiquette patient

Parents

Représentant légal 1

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

☎ :

Mail :

Représentant légal 2

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

☎ :

Mail :

Médecin ou service prescripteur

Médecin traitant / Pédiatre :

Cachet (service)

Médecin référent dans le service :

☎ : Signature :

Motif initial d'hospitalisation

Motif de demande en HAD

Nutrition entérale /parentérale

Prise en charge de la douleur

Traitement intraveineux

Pansements complexes

Soins palliatifs

Autre :

Précautions :

• Patient porteur de bactéries multi résistantes BMR/SARM : Oui Non

• Précautions complémentaires à mettre en place : contact gouttelettes air

Soins à assurer, surveillance particulière

Oxygène : Oui Non VNI / Trachéotomie : Oui Non SNG GPE

Stomie (digestive / urinaire) Sonde urinaire Protocole
insuline :

Chimiothérapie : Oui Non → Médicament :

Voie d'abord : Oui Non Préciser : PICC / PAC / KTC :

Autre :

Soins d'hygiène : : Oui Non

Autres (alimentation, communication, comportement) : Oui : Non

Documents à joindre

- CR des urgences
- Synthèse antécédents - observations médicales
- Dernière biologie
- Traitement en cours
- Dernier CR (infectieux, chirurgie)
- Protocole pansement
- CR psycho-social
- Bulletin de situation