

**FORMULAIRE****FO 03 Version C****DEMANDE D'ADMISSION  
SOINS GENERAUX**Date de création :  
29/03/2017  
Date de MAJ : 29/09/2023  
Page 1 sur 2A faxer au 02 99 77 46 88 ou [admission@had35.fr](mailto:admission@had35.fr)

DATE de la demande : .....

Date d'admission souhaitée :  Dans les 24h-48h  Dans les 7 jours  Autres**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

☎ : ..... Signature : .....

**ANTECEDENTS :**

- Allergies médicamenteuses :
- Allergies autres :

**MOTIF D'HOSPITALISATION dans le service adresseur (si patient hospitalisé) :****ADMISSION EN HAD :**

**Motifs d'admission en HAD :**  Traitement IV  Gestion de la douleur  Soins palliatifs  Nursing  
Lourd  Chimio ou suivi post-chimio  Nutrition parentérale / entérale  Assistance respiratoire   
Retour précoce à domicile après intervention  Pansements complexes  Traitement post chirurgical  
 Rééducation  Autres traitements  
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, préciser médicament :  
Voie d'Abord  Oui  Non, préciser : PICC / PAC .....

**RAPPEL DE L'IDENTITE DU ou DE LA PATIENT(E) : Nom :..... Prénom : .....**

**TRAITEMENT EN COURS ( Joindre ordonnances, traitements en cours et cr)**

NOM DU MEDICAMENT :	POSOLOGIE :
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
Patient autonome en capacité de prendre son traitement per os : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**ACTUELLEMENT**

❖ **Etat Général** :..... Poids :..... Taille : ..... Escarres  Oui  Non

❖ **Psychique** :  
Troubles de la mémoire  Oui  Non  
Troubles du comportement  Oui  Non  
Risque suicidaire  Oui  Non  
Préciser : cris , agressivité, fugues, .....

❖ **Neurologique** :  
Accident cérébral (date : ..... )  Oui  Non  
Déficit moteur  Oui  Non  
Troubles de la déglutition  Oui  Non  
Troubles de l'équilibre  Oui  Non  
Troubles du langage  Oui  Non

❖ **Dépendance fonctionnelle**

Niveaux	1	2	3	4
Habillage (+ toilette)				
Déplacement				
Alimentation				
Continence				
Relation - Communication				
Comportement				

Niveau 1 = indépendance complète  
Niveau 2 = supervision ou arrangement  
Niveau 3 = assistance partielle  
Niveau 4 = assistance totale

❖ **Patient porteur de bactéries BMR/SARM** :  Oui  Non

❖ **Précautions complémentaires d'hygiène à mettre en place** :  
 CONTACT  GOUTELETTES  AIR

❖ **Mode d'alimentation** :  normale  parentérale  entérale

**ENVIRONNEMENT SOCIAL**

❖ **Conditions de vie** :

❖ **Présence d'un environnement familial** :  Oui  Non préciser : .....

❖ **Personne ressource** : Nom :..... Prénom : .....

.....  
☎ : .....

❖ **Besoin d'aides sociales supplémentaires à prévoir à domicile** :  Oui  Non

❖ **Nom de l'assistante sociale en charge du dossier** :..... ☎ : .....