A faxer au 02 99 77 46 88 ou par mail sécurisé : admission@had35.mssante.fr

DATE de la demande : .....

IDENTITE DE LA PATIENTE :

Nom : .....Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....
Date de naissance : .....
Numéro de sécurité sociale :.....Mutuelle (si < 24 SA) : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
☎ .....
Situation de famille : .....
Médecin traitant : ..... ☎ .....
Sage-Femme libérale connue : .....☎

MEDECIN OU SERVICE PRESCRIPTEUR :

DOCTEUR : .....
SERVICE : (CACHET)
☎ : SIGNATURE :

MOTIF D'ADMISSION EN HAD :

Motifs d'admission: .....
.....

Si PEC ITERATIVE : ϒ **DGIR** ϒ **CHOLESTASE GRAVIDIQUE** ϒ **Autre** (préciser) :

TYPE DE GROSSESSE :..... **PARITE** :..... **GESTITE** :.....
TERME ACTUEL : / / **TERME PREVU** : .....

Date de sortie prévue du service : ..... Date d'admission souhaitée :.....
Problème médicaux actuels : .....
.....
Soins à assurer, surveillance particulière : .....
.....
Traitement en cours : .....

PROCHAINS RENDEZ-VOUS :

CONSULTATION : .....
ECHOGRAPHIE : .....
CONSULTATION ANESTHESISTE : .....

ANTECEDENTS :

Contexte particulier : .....

Groupe RH :.....RAI : ..... ATCD transfusion : ..... TOXO :..... Date : / / RUBEOLE : ... .. SYPHILIS :..... AgHbs : .....
Vaccin COVID : ϒ oui ϒ non
Dernier bilan biologique : (à faxer avec la demande) : * NFS * PV * ECBU * CRP * autres : .....
.....

ENVIRONNEMENT : .....

Besoin d'aides sociales supplémentaires à domicile : ϒ oui ϒ non
Environnement social : Autonomie :

DOCUMENTS A JOINDRE : ϒ Ordonnance ϒ Résumé de séjour ϒ Autres :