

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD

DEMANDEUR

Demande faite le ____ / ____ / ____ par _____
(NOM/Tél./Fonction/Lien avec le patient) _____

PATIENT

NOM _____ Prénom _____ DDN ____ / ____ / ____ Âge ____ ans H - F (entourer)

 _____ N° sécurité sociale _____
 Régime sécurité sociale _____ Complémentaire / Mutuelle _____
 Actuellement, } à domicile * en EHPA / EHPAD
 le patient se trouve } en établissement Service _____ Chambre _____ Depuis _____
 * Au domicile, le patient vit : seul accompagné, préciser : _____

MOTIF A L'ORIGINE DE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

MEDECINS REFERENTS

Médecin traitant : _____ ① _____

 Médecin hospitalier référent : _____ ① _____
 Etablissement/service _____

AUTRES PROFESSIONNELS

	NOM Prénom	① et fax	Adresse, commune
Infirmier(e) libéral(e)			
Pharmacie			

ENTOURAGE DU PATIENT

Lien avec le patient	Entourage	NOM Prénom	①	Adresse, commune
	<input type="checkbox"/> personne de confiance			
	<input type="checkbox"/> personne à prévenir			

AUTRES INFORMATIONS

Si besoin, rapprochez-vous des professionnels de santé vous entourant pour vous aider à remplir ce formulaire