

PRESCRIPTEUR

Dr (NOM – Prénom) _____ Téléphone _____
Médecin traitant _____ Informé de la demande HAD : ☐ Oui ☐ Non

PATIENT

NOM de naissance _____ Nom d'usage _____
Prénom _____ DDN ____ / ____ / ____ Sexe : H - F
Adresse complète _____
Téléphone _____ ☐ Tutelle ☐ Curatelle, Organisme : _____
Actuellement le patient se trouve : ☐ A domicile ☐ En EHPA ☐ En EHPAD ☐ En Etablissement
Entourage du patient :
Pers. de confiance : NOM - Prénom _____ Tél _____
Pers. à prévenir : NOM - Prénom _____ Tél _____

PROFESSIONNELS IDENTIFIES AU DOMICILE

IDEL : _____
Pharmacie d'officine : _____

LA PRISE EN CHARGE HAD

Motif de la prise en charge : ☐ Soins Palliatifs ☐ Pansements complexes / Plaies ☐ Rééducation
☐ Autre _____
Histoire médicale: _____

Antécédents _____
Allergies _____ Statut infectieux _____
A transmettre avec la demande : ☐ Dernier CR Hospitalier ☐ Bilan biologique ☐ Traitement en cours

ASPECT PSYCHOSOCIAL

Le diagnostic est-il connu du patient ? ☐ Oui ☐ Non - De l'entourage ? ☐ Oui ☐ Non
Le pronostic est-il connu du patient ? ☐ Oui ☐ Non - De l'entourage ? ☐ Oui ☐ Non
Le retour/maintien à domicile est-il souhaité par le patient ? ☐ Oui ☐ Non
Par l'entourage ? ☐ Oui, qui : _____ ☐ Non
Le patient est-il informé de la demande HAD ? ☐ Oui ☐ Non
Le patient a-t-il besoin d'un accompagnement psycho ? ☐ Oui ☐ Non - L'entourage ? ☐ Oui ☐ Non
Evaluation sociale initiée ? ☐ Oui ☐ Non Aide humaine en place ☐ Oui ☐ Non organisme : _____

DEGRE D'URGENCE

☐ Urgent ☐ Dans la semaine ☐ Non urgent
Date souhaitée : ____ / ____ / ____