

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

DEGRE D'URGENCE

Urgent Dans la semaine Non urgent

Date souhaitée : _____ / _____ / _____