

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD

DEMANDEUR

Demande faite le ____ / ____ / ____

Demandeur Etablissement/service _____

NOM _____ Fonction _____ Tel _____

Réservé HAD

IPP : _____
 Ouest
 Lorient
 Est

PATIENT

NOM _____ NOM de naissance _____ Prénom _____

DDN ____ / ____ / ____ Âge ____ ans H - F (entourer)

Actuellement, le patient se trouve : à domicile * en EHPA/EHPAD
 en établissement _____ Service _____ Chambre _____ Depuis _____

* Au domicile, le patient vit : seul accompagné, préciser : _____

DEGRE D'URGENCE

Urgent (éviter une hospitalisation) Entrée à programmer dès que possible Non urgent Eval anticipées

Réservé HAD - MEDECINS REFERENTS

Médecin traitant : _____ Accord _____

Médecin hospitalier référent : _____ _____

Etablissement/service _____

AUTRES PROFESSIONNELS

	NOM Prénom	①	Commentaires
Infirmier(e) libéral(e)			
Pharmacie			
Prestataire Pharmacie			
Autres prestataires matériel			
Laboratoire			
Ambulance			
Kinésithérapeute			
Aide à domicile			
SSIAD			

ENTOURAGE DU PATIENT

Lien avec le patient	NOM Prénom	①	Commune	Commentaires

Patient informé de la demande : Oui Non Famille informée de la demande : Oui Non

Tuteur/Curateur informé de la demande : Oui Non Non concerné

MATERIEL EXISTANT AU DOMICILE

Merci de joindre Comptes rendus, ordonnances, DLU (ESMS), photos plaies

Histoire de la maladie :

Antécédents :

Symptômes pénibles :

Autonomie actuelle:

Autonome Aide partielle Aide totale

Attentes de la prise en charge :
