

**FICHE D'ADMISSION - HAD Santé à Domicile**

Médecin Coordonnateur <b>Dr Sophie GEAY</b>	Médecin Coordonnateur <b>Dr Christophe GRODWOHL</b>	Médecin Coordonnateur <b>Dr Damien PONSONNET</b>	Médecin Coordonnateur <b>Dr Axel FINTZ</b>
Cadre de santé <b>Mme Perrine CASAS</b>	Responsable Pôle Rééducation <b>Mme Aurélia MONTCEL</b>	Responsable Pôle Psycho-Social <b>Mme Any VIALLA</b>	IDEC Référente <b>Mme Véronique TESSIER</b>

**1 Origine de la demande**

[\*Rayer la mention inutile]

Nom Etablissement : .....Service : .....  
 Médecin Hospitalier ou Médecin Traitant\* : .....Tél. : .....  
 Nom de l'Assistant(e) de Service Social : .....Tél. : .....  
 Nom du Cadre de Santé : .....Tél. : .....

**2 Identité du patient**

<b>Etiquette patient ou nom/prénom/date de naissance</b>	Adresse du domicile : .....
	Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....

**3 Motifs de prise en charge en HAD**

Cocher le(s) motif(s)	Observations
Assistance Respiratoire	
Nutrition parentérale	
Traitement IV	
Soins Palliatifs	
Chimiothérapie anticancéreuse (per os)	
Surveillance post-chimiothérapie anti-cancéreuse	
Nutrition entérale	
Prise en charge de la douleur	
Autres traitements	
Pansements complexes et soins spécifiques	
Post-traitement chirurgical	
Rééducation orthopédique	
Rééducation neurologique	
Soins de Nursing lourds	
Radiothérapie	
Prise en charge psycho-sociale	

**4 Prescription Médicale**

Je soussigné(e) Docteur.....  
 Certifie que l'état de santé de M./Mme/Mlle\* .....nécessite une prise en charge en hospitalisation à domicile.

**MERCI DE FAXER AVEC CETTE DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- ⇒ **Traitement en cours**
- ⇒ **Dernière biologie**
- ⇒ **Compte rendu d'entrée dans votre service et dernière observation médicale (ou Compte rendu dernière hospitalisation)**

Signature / Cachet