

**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. : .....

**Etiquette patient**

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**  
**N° Sécurité Sociale :**  
**Date d'hospitalisation :**

**2 Identité du patient**

Adresse du domicile : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....  
 Personne à contacter : Nom : ..... Tel : .....

**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	

**MERCI D'ENVOYER CETTE DEMANDE AVEC LES DOCUMENTS SUIVANTS PAR FAX AU 04 77 32 22 86 OU PAR MAIL [secretariat@santeadom.fr](mailto:secretariat@santeadom.fr) [had-sante-aadomicile.loireforez@aura.mssante.fr](mailto:had-sante-aadomicile.loireforez@aura.mssante.fr)**

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

**4 Prescription Médicale**

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

**5 Intervenants du patient au domicile**

Médecin Traitant : .....  
 Infirmiers libéraux : .....  
 Kinésithérapeute libéral : .....  
 Pharmacie : .....  
 Laboratoire : .....

Date	
Signature / Cachet	