

Téléphone HAD 46 : **05.65.100.446**



contact@had46.fr

Rue de Londieu,
1 bis Avenue Georges CLEMENCEAU
46100 FIGEAC

Réservé au HAD

Demande reçue le :

Contact adresseur le :

Visite d'inclusion le :

Décision

admission

refus

Date d'entrée :

Identité Patient :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Sexe : Masculin Féminin

Adresse : _____

Tel : _____

Coordonnées adresseur :

Etablie par le Dr : _____

Service/Etablissement : _____

N° de Tel : _____

Signature adresseur : _____

Coordonnées du Médecin Traitant :

NOM : _____ Tél : _____

Si demande faite par un médecin hospitalier, le médecin traitant est informé de la demande de prise en charge en HAD : Oui Non

MOTIF DE PRISE EN CHARGE

- Soins palliatifs
- PEC de la douleur
- Traitement intraveineux
- Pansements complexes et soins spécifiques
- Chimiothérapie per-os /surveillance aplasie
- Radiothérapie (surveillance)
- Assistance respiratoire
- Post-traitement chirurgical
- Nutrition parentérale
- Nutrition entérale
- Soins de nursing lourd
- Autres traitements

Diagnostic :

Diagnostic connu du patient oui non

Pathologie(s) associée(s)/antécédents/allergies :

OBJECTIF THERAPEUTIQUE

- Récupération d'autonomie Cicatrisation Stabilisation de l'état
 Poursuite des soins de type hospitalier Accompagnement de fin de vie
 Autres : _____

Directives anticipées rédigées oui non

PLAN DE SOINS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injection IM | <input type="checkbox"/> Pansement | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale |
| <input type="checkbox"/> Voie périphérique | <input type="checkbox"/> Evaluation de la douleur | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale |
| <input type="checkbox"/> Voie centrale | <input type="checkbox"/> Soins de stomie | <input type="checkbox"/> Soins d'accompagnement de confort |
| <input type="checkbox"/> Héparine SC | <input type="checkbox"/> Antalgiques | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire, posée le : |
| <input type="checkbox"/> Réhydratation SC | <input type="checkbox"/> Nursing | <input type="checkbox"/> Perfusion IV |

Nature des produits à perfuser : _____

ETAT DU PATIENT A L'ADMISSION

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valide | <input type="checkbox"/> Déambule | <input type="checkbox"/> Lit / fauteuil | <input type="checkbox"/> Grabataire |
| <input type="checkbox"/> T. cognitifs | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Escarres | |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition | <input type="checkbox"/> T. déglutition | <input type="checkbox"/> Autres plaies | |
| <input type="checkbox"/> BMR | <input type="checkbox"/> Mesures complémentaires | | |
| <input type="checkbox"/> Patient à risque de fugue | <input type="checkbox"/> Patient à risque suicidaire | <input type="checkbox"/> Patient à risque de chute | |
| <input type="checkbox"/> Patient à haut risque vital (signalement ERDF) | | | |
| <input type="checkbox"/> Poids : | <input type="checkbox"/> Taille : | <input type="checkbox"/> Variation de poids avant l'entrée, si connue | |

REGIME ALIMENTAIRE :

Alimentation : normale régime : _____ texture : _____

ENVIRONNEMENT MATERIEL SOUHAITE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Fauteuil de repos | <input type="checkbox"/> Générateur d'aérosol |
| <input type="checkbox"/> Pousse Seringue | <input type="checkbox"/> Pompe à perfusion | <input type="checkbox"/> Pompe à nutrition électrique |
| <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Aspirateur à mucosité | |
| <input type="checkbox"/> Lève malade | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Autres : |

AUTRES INTERVENANTS DEMANDES

Intervenants / soins de support	En cours / à préciser	A prévoir
Kinésithérapie		
IDEI		
Orthophoniste		
Réseau soins palliatifs		
Diététicien		
Assistante sociale		
Psychologue		
Autres		

DONNEES SOCIALES ET FAMILIALES

Au domicile : en couple vit seul(e)

En EHPAD : oui non

En foyer logement : oui non

En SSIAD oui non – si oui, depuis le :

Mesure de protection juridique : oui non

Si oui : Tutelle Curatelle :

Coordonnées du Tuteur : _____

Personne de confiance : Nom/téléphone _____

Mesures médico-sociales en place :

Aide à domicile APA portage de repas télé alarme
 CMP autres, préciser : _____

DONNEES ADMINISTRATIVES

Régime sécurité sociale : _____

N° carte SS (joindre une copie) : _____

Mutuelle : _____

Documents à joindre à la demande impérativement

- Ordonnance de sortie (traitement - kiné – dispositifs médicaux...)
- Protocole de soins (pansement, glycémie)
- Compte rendu d'hospitalisation – de consultation – opératoire
- Compte rendu d'examens (biologiques, radiologiques)
- Fiche de liaison IDE
- Bulletin de situation