

Téléphone HAD 46 : 05.65.100.446



[contact@had46.fr](mailto: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

Directives anticipées rédigées ☐ oui ☐ non

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

### PLAN DE SOINS

- ☐ Injection IM ☐ Pansement ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Voie périphérique ☐ Evaluation de la douleur ☐ Nutrition entérale
- ☐ Voie centrale ☐ Soins de stomie ☐ Soins d'accompagnement de confort
- ☐ Héparine SC ☐ Antalgiques ☐ Sonde urinaire, posée le :
- ☐ Réhydratation SC ☐ Nursing ☐ Perfusion IV

Nature des produits à perfuser : \_\_\_\_\_

### ETAT DU PATIENT A L'ADMISSION

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

### REGIME ALIMENTAIRE :

Alimentation : ☐ normale ☐ régime : \_\_\_\_\_ ☐ texture : \_\_\_\_\_

### ENVIRONNEMENT MATERIEL SOUHAITE

- ☐ Lit médicalisé ☐ Fauteuil de repos ☐ Générateur d'aérosol
- ☐ Pousse Seringue ☐ Pompe à perfusion ☐ Pompe à nutrition électrique
- ☐ Oxygène ☐ Aspirateur à mucosité
- ☐ Lève malade ☐ Fauteuil roulant ☐ Autres :

### AUTRES INTERVENANTS DEMANDES

Intervenants / soins de support	En cours / à préciser	A prévoir
Kinésithérapie		
IDEL		
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 médicosociales 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