

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HAD

Tel / 05 49 42 26 17

Mail : [had.accueil@elsan.care](mailto:had.accueil@elsan.care)

Fax : 05 49 42 26 16

Médecin prescripteur :

.....

DATE : .....

Demande anticipée :

Date d'entrée souhaitée : .....

## PATIENT

Nom : .....

prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Accord pour l'intervention de l'HAD :  famille     tuteur     curateur     patient

## MEDECIN TRAITANT

Dr : .....

Accord du médecin traitant pour une prise en charge HAD  oui  non

Adresse : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

## MOTIF D'HOSPITALISATION EN HAD :

Soins palliatifs\*

Prise en charge de la douleur

MEOPA associé à un soin complexe

Pansement complexe

Soins de nursing lourds

Nutrition entérale / parentérale

Assistance respiratoire

Rééducation orthopédique ou neurologique

Surveillance post-chimio anticancéreuse

Surveillance de radiothérapie et/ou aplasie

Post traitement chirurgical

Accompagnement pédiatrique

Autre : .....

\*Evaluation réalisée par l'équipe de soins palliatifs  oui  non

## ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE

.....  
.....  
.....

## SOINS PREVUS :

.....  
.....  
.....

Si HOSPITALISATION nécessaire, patient à adresser à :

Nom de l'établissement : .....

Service : .....

Médecin : .....

JOINDRE L'ORDONNANCE DE TRAITEMENT EN COURS ET UN COMPTE RENDU MEDICAL SVP

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet du médecin prescripteur