

**(A faxer à la structure HAD  
et l'établissement de proximité concerné)**

☎ Téléphone 03.83.76.14.13

📠 Fax : 03.83.76.13.55

✉ hadalu@ch-luneville.fr

<p><b>Médecin prescripteur :</b></p> <p>NOM :</p> <p>Fonction :</p>	<p><b>Identification Patiente : <i>ou coller étiquette</i></b></p> <p>NOM : _____</p> <p>Nom de Jeune Fille : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : ____/____/____ <input type="checkbox"/> Patiente mineure</p> <p>Adresse complète (code/escalier/porte) :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Médecin traitant : _____</p>
<p><b>Date de la demande :</b></p>	<p>____/____/____</p>
<p><b>Structure d'HAD sollicitée :</b></p> <p>_____</p> <p>Accord donné : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Par :</b> NOM : _____</p> <p>Fonction : _____</p> <p>Le : ____/____/____</p>	<p><b>MOTIF D'HOSPITALISATION</b></p> <p><input type="checkbox"/> HTA modérée SI mal équilibrée sans protéinurie OU ASSOCIEE à un RCIU ou un ATCD MFIU/HRP/éclampsie</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-éclampsie modérée stable</p> <p><input type="checkbox"/> RCIU</p> <p><input type="checkbox"/> Cholestase gravidique modérée ou sévère</p> <p><input type="checkbox"/> RPM ou Fissure prématurée des membranes</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète AVEC objectifs glycémiques non atteints</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD de MFIU</p> <p><input type="checkbox"/> Lupus et SAPL en cas de facteurs de risques additionnels ou en cas de complication de la grossesse en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombophilie génétique associée à un ATCD (HRP, MFIU) ou à une complication de la grossesse en cours (RCIU)</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire en cas de facteur de risque additionnel (HTA, RCIU, MAP, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse cerclée avec ATCD FCT</p> <p><input type="checkbox"/> Fragilité de construction de la relation mère-enfant (HAD en complément)</p>
<p><b>Entrée HADALU souhaitée :</b></p> <p>A partir du : ____/____/____</p> <p>Age gestationnel en SA : _____</p> <p>Date de début de grossesse : ____/____/____</p> <p>TP : ____/____/____</p> <p>Gestité :</p> <p>Parité :</p>	<p><input type="checkbox"/> Problème psycho-social ASSOCIE à une indication médicale relevant de l'HAD : patho-psychiatrique non décompensée, manque d'investissement sur l'enfant à naître, vulnérabilité</p> <p><input type="checkbox"/> MAP</p> <p><input type="checkbox"/> Placenta praevia</p> <p>Si indisponibilité sur le territoire d'autre offre de soins</p>
<p>En couple oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Profession oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Moyen de transport personnel oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Num SS :</p>	

