

(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 : ou coller étiquette</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><b>Entrée HAD souhaitée le :</b> ____/____/____</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"/> Cicatrisation difficile d'une plaie périnéale ou post-césarienne</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance et soins locaux en cas d'abcès ou collection pariétale</p> <p><input type="checkbox"/> Désunion de cicatrice après abcès ou hématome</p> <p><input type="checkbox"/> Rupture d'une suture</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombus vaginal traité</p> <p><input type="checkbox"/> Périnée complet</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés sphinctériennes urinaires (auto sondage vésical)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépression du post-partum</p> <p><input type="checkbox"/> Situation de vulnérabilité ASSOCIEE à une indication médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Anémie sévère (Hb entre 7 et 9 g/dL)</p> <p><input type="checkbox"/> HTA persistante mais non préexistante à la grossesse et en cours d'équilibration médicamenteuse</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie thrombo-embolique récente</p> <p><input type="checkbox"/> DID mal équilibré</p> <p><input type="checkbox"/> Pyélonéphrite ou endométrite après la phase aigue</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés d'AM (AVEC au moins 1 facteur de risque) SI indisponibilité sur le territoire d'autre offre de soins</p>
<p><b>Patiente admise en HAD le :</b></p> <p>____/____/____</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>	

- Taille : - Poids : - Gestité : - Parité : - Utérus cicatriciel : oui / non	<b>Antécédents :</b> - Médicaux : - Chirurgicaux : - Gynéco : - Obstétricaux :	- GS Rhésus : - Rhophylac : oui / non (Si oui date : __ / __ / __ ) - Transfusion : oui / non - Addictions : - Allergies :
<b>Accouchement :</b> Date : __ / __ / __ Heure : __ : __	<input type="checkbox"/> VB non instrumentale <input type="checkbox"/> VB instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne programmée <input type="checkbox"/> Césarienne en urgence Délivrance : <input type="checkbox"/> Épisiotomie <input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Périnée intact <input type="checkbox"/> Hémorroïde	Présentation : Motif : Présentation : <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Anémie (Hb :      )
<b>Nouveau-né(s) :</b> GSRhésus : Coombs : Dernier FLASH : BILI :	Nom / Prénom : Poids de naissance : Poids de sortie : - Guthrie : <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/> à faire - Test auditif : <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/> à refaire - Photothérapie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Allaitement : <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> artificiel <input type="checkbox"/> tire-lait
<b>Sortie maternité :</b> Date : __ / __ / __	Commentaires : Prochains RDV :	
<b>Traitement en cours :</b> <i>(joindre les ordonnances de sortie)</i>	- Perfusion : - Injection :	- Contraception : - Per os :
<b>SURVEILLANCE HAD :</b>	- Surveillance par la SF : tous les _____ ou _____ fois/semaine - Soins particuliers (type et fréquence) :  - Examens complémentaires (type et fréquence) :	

<b>Date et signature du prescripteur :</b>	<b>Nécessité de prise en charge :</b> - Sociale : oui / non ( _____ ) - Psychologique : oui / non ( _____ )
<b>Date et signature de la patiente pour accord :</b>	- PMI : oui / non ( _____ ) - SF libérale déjà connue : - IDE libérale déjà connue :

Joindre les copies des derniers bilans (PV fin de grossesse + carte GSRh), et des imageries si besoin.

