

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION

Volet médical

Date de la demande :/...../..... 1^{ère} admission Réadmission



Soigner à Domicile

HADALU (Lunéville)

Tél : 03.83.76.14.13
Fax : 03.83.76.13.55
@: hadalu@ch-luneville.fr

HAD DIEUZE

Tél : 03.87.05.07.89
Fax : 03.87.05.80.39
@: idec.had@hopital-dieuze.fr



HAD OHS

Tél : 03.83.86.91.41
Fax : 03.83.86.91.75
@: had.secretaires@ohs.asso.fr



HAD FREYMING-MERLEBACH

Tél : 03.87.81.84.42
Fax : 03.87.81.84.43
@: ide-had.hf@fileris.fr



HAD SARREGUEMINES

Tél : 03.87.06.60.54
Fax : 03.55.45.81.84
@: inf-had@ch-sarreguemines.fr



HAD SARREBOURG

Tél : 03.87.23.25.78
Fax : 03.87.23.25.95
@: s.emghad@ch-sarrebourg.fr

PRESCRIPTEUR :

Etablissement de Santé :
Service : Fax :
Médecin : Dr..... Tél :
 Médecin traitant : Dr.....
Adresse :
Tél : Fax :
Mail :
Signature et cachet du Prescripteur :

PATIENT :

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Lieux où se trouve le patient : Service Domicile Ets Médicaux-sociaux
 Autres :
Adresse :
Tél :
Patient informé : du diagnostic du Pronostic Non informé

Situation sociale :

Situation de famille :
 Marié(e) Concubinage Pacsé (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Célibataire
Vit : Seul (e) En couple Chez un enfant Chez un aidant
Protection juridique : capable majeur tutelle curatelle démarches en cours
 mise sous sauvegarde de justice
Entourage présent : oui non
Aidant principal :
Nom : Prénom :
Lien de parenté : Tél :
Personne de confiance :
Nom : Prénom :
Lien de parenté : Tél :

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

DEMANDE D'ADMISSION

Volet médical

| Motifs de Prise en Charge Principaux | | Motifs de Prise en Charge Associés |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Soins palliatifs <input type="radio"/> Prise en charge de la douleur <input type="radio"/> Traitement IV <input type="radio"/> Nutrition parentérale, Nutrition entérale <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance post chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance de radiothérapie <input type="radio"/> Surveillance d'aplasie <input type="radio"/> Transfusion <input type="radio"/> COVID-19 | <input type="radio"/> Rééducation neurologique (5x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (5x/sem.) <input type="radio"/> Education du patient/entourage <input type="radio"/> Pansement complexes <input type="radio"/> Soins post traitement chirurgical <input type="radio"/> TPN <input type="radio"/> Surveillance grossesse à risque <input type="radio"/> Post-partum pathologique | <input type="radio"/> Soins de nursing lourds <input type="radio"/> PEC Psychologique et/ou sociale <input type="radio"/> Assistance respiratoire (O2, VNI, ...) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (3x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation neurologique (3x/sem.) <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Précisions : |

Diagnostic principal et histoire de la maladie

.....

Date d'entrée **souhaitée** en HAD :/...../..... (La date d'admission est fixée par le service d'HAD)

Projet thérapeutique (Joindre impérativement les prescriptions médicales)

Soins à détailler : type, fréquence, ... :

.....

.....

.....

Protocoles à appliquer :

.....

.....

Surveillances particulières et précautions :

.....

.....

BMR : oui non

.....

Allergies : oui non

.....

Antécédents médicaux :

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

IMPERATIF :

- Avec la demande, **joindre obligatoirement le traitement médical** en cours et/ou de sortie.
- Pour la sortie, **faxer l'ordonnance de sortie et un CR médical d'hospitalisation.**

Cadre réservé à l'HAD

Patient éligible en HAD : oui non Motif de refus :

Nom du médecin coordinateur : Dr

Signature :

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION

Volet paramédical

| | |
|-------------------------------------|---|
| Voie d'administration du Traitement | <input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> VVP <input type="radio"/> VVC : (voie et côté) : <input type="radio"/> CIP <input type="radio"/> Aiguille de Huber posée le : Taille : G Longueur :mm |
|-------------------------------------|---|

| Recueil de données | |
|---|--|
| Douleur : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Siège de la douleur : Type : <input type="radio"/> A la mobilisation <input type="radio"/> Diurne <input type="radio"/> Nocturne Evaluation : <input type="radio"/> EVA <input type="radio"/> EN <input type="radio"/> Autres : Valeur : Traitement antalgique : <input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> Patch <input type="radio"/> S/C <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> PSE <input type="radio"/> PCA |
| Etat cutané : <input type="radio"/> Absence de lésion cutanée | Evaluation du risque d'escarre : <input type="radio"/> Norton :/20 <input type="radio"/> Braden :/23 Matelas anti escarre : <input type="radio"/> A mémoire de forme <input type="radio"/> A air <input type="radio"/> Rougeur <input type="radio"/> Plaie <input type="radio"/> Escarre Localisation : Type : Protocole : Durée du pansement : <input type="radio"/> < 30 min <input type="radio"/> > 30 min |
| Respiration : <input type="radio"/> Normale | <input type="radio"/> Dyspnée <input type="radio"/> Encombrement <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> O2 : débit :L/mn durée :/24h <input type="radio"/> Aérosols : type : fréquence :/j <input type="radio"/> Trachéotomie : réalisée le :/...../..... type canule : |
| Locomotion : <input type="radio"/> Se déplace seul | <input type="radio"/> Marche difficile <input type="radio"/> Marche avec aide <input type="radio"/> Canne <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Lever au fauteuil <input type="radio"/> Lever avec soulève malade <input type="radio"/> Grabataire <input type="radio"/> Hémiplégie droite <input type="radio"/> Hémiplégie gauche <input type="radio"/> Amputation : <input type="radio"/> Appareillage : Chute dans les 12 mois précédents : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> non connu <input type="radio"/> oui Nb de chutes : |
| Neurologique et vécu psychologique : | <input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Troubles de l'humeur <input type="radio"/> Troubles de la vigilance <input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Autres : |
| Communication : <input type="radio"/> Communication verbale normale | <input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Impossible <input type="radio"/> Malvoyant <input type="radio"/> Surdité Langue parlée : Compréhension : |
| Habillement : | <input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète |
| Hygiène : | <input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle au lit <input type="radio"/> Aide partielle au lavabo <input type="radio"/> Toilette complète au lit <input type="radio"/> Soins de bouche : Protocole : |
| Alimentation : | <input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète <input type="radio"/> Régime normal <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/> A jeun strict <input type="radio"/> Nausée <input type="radio"/> Vomissements <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Perte d'appétit <input type="radio"/> Fausses routes <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> Gastrostomie <input type="radio"/> Jéjuno-stomie Posée le :/...../..... <input type="radio"/> Nutrition entérale (<i>Produit et quantité</i>) : |
| Elimination urinaire : | <input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/> Sonde vésicale : CH N° : <input type="radio"/> Stomie urinaire <input type="radio"/> Cystocath Posé(e) le :/...../..... |
| Elimination fécale : | <input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Constipation <input type="radio"/> Diarrhées <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Stomie Posée le :/...../..... <input type="radio"/> Autre : |
| Sommeil : | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Insomnies <input type="radio"/> Agitation nocturne <input type="radio"/> Barrières la nuit <input type="radio"/> Somnifère |