

(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>Médecin prescripteur :</p> <p>NOM :</p> <p>Fonction :</p>	<p>Identification Patiente : ou coller étiquette</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>Date de la demande : ____/____/____</p>	<p>Entrée HAD souhaitée le : ____/____/____</p>
<p>Structure d'HAD sollicitée :</p> <p>_____</p> <p>Accord donné : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Par : NOM : _____</p> <p>Fonction : _____</p> <p>Le : ____/____/____</p>	<p>MOTIF D'HOSPITALISATION</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"/> Risque important de dépression du post-partum</p> <p><input type="checkbox"/> Situation de vulnérabilité</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 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</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>Patiente admise en HAD le :</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	Antécédents : - Médicaux : - Chirurgicaux : - Gynéco : - Obstétricaux : - GS Rhésus : - Rhophylac : oui / non (Si oui date : __ / __ / __) - Transfusion : oui / non - Addictions : - Allergies :
Accouchement : Date : __ / __ / __ Heure : __ : __	<input type="checkbox"/> VB non instrumentale Présentation : <input type="checkbox"/> VB instrumentale Motif : <input type="checkbox"/> Césarienne programmée Présentation : <input type="checkbox"/> Césarienne en urgence Délivrance : <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Épisiotomie <input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Périnée intact <input type="checkbox"/> Hémorroïde <input type="checkbox"/> Anémie (Hb :)
Nouveau-né(s) : GSRhésus : Coombs : Dernier FLASH : BILI :	Nom / Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Poids de naissance : Poids de sortie : Allaitement : <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> artificiel <input type="checkbox"/> tire-lait - 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
Sortie maternité : Date : __ / __ / __	Commentaires : Prochains RDV :
Traitement en cours : <i>(joindre les ordonnances de sortie)</i>	- Perfusion: - Contraception : - Injection : - Per os :
SURVEILLANCE HAD :	- Surveillance par la SF : tous les _____ ou _____ fois/semaine - Soins particuliers (type et fréquence) : - Examens complémentaires (type et fréquence) :

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

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