

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION

Volet médical



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@dieuze-hopital.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@filieris.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

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

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 :	Siège de la douleur : Type : <input type="radio"/> A la mobilisation <input type="radio"/> Diurne <input type="radio"/> Nocturne <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non 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 :	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"/> Absence de lésion cutanée <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"/> Dyspnée <input type="radio"/> Encombrement <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> Normale <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"/> Marche difficile <input type="radio"/> Marche avec aide <input type="radio"/> Canne <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Se déplace seul <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"/> Difficile <input type="radio"/> Impossible <input type="radio"/> Malvoyant <input type="radio"/> Surdit�e <input type="radio"/> Communication verbale normale 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