



HADALU
Soigner à Domicile

Formulaire

DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

Établissements



www.hopital-dieuze.fr

☎ Téléphone 03.83.76.14.13

☎ Fax : 03.83.76.13.55

✉ hadalu@ch-luneville.fr

Rappel NOM – Prénom du patient :

OBJET(S) DE LA PRESCRIPTION

- Soins palliatifs
- Traitement antalgique IV ou sous cutanée
- Traitement intraveineux (antibiothérapie, autres) par :
- Nutrition : IV SNG GEP
- Administration de chimiothérapie IV sous cutanée Per-os par :
- Surveillance de chimiothérapie par J1 le :
- Surveillance de radiothérapie
- Surveillance d'aplasie
- Pansements complexes
- Thérapie à pression négative
- Stomie compliquée
- Surveillance après intervention chirurgicale
- Rééducation orthopédique (5X/semaine)
- Rééducation neurologique (5X/semaine)

PRISE(S) en CHARGE COMPLEMENTAIRE(S)

- Oxygénothérapie – VNI
- Suivi psychologique ou social
- Soins de nursing
- Rééducation orthopédique (3X/semaine)
- Rééducation neurologique (3X/semaine)

Date d'entrée souhaitée le : / /

IMPORTANT

- ✓ Avec la demande, joindre impérativement **le traitement médical en cours.**
- ✓ Pour la sortie, faxer **l'ordonnance du traitement médicamenteux de sortie** ainsi qu'un **compte-rendu médical d'hospitalisation.**

Nom du médecin :

Signature et cachet