



Formulaire de demande d'évaluation anticipée en EHPAD par l'HADALU

Table with 2 columns: 'Prise en charge' and '1/2'

A FAXER AU 03.83.76.13.55 ou hadalu@ch-luneville.fr

Date de la demande :/...../.....
A titre indicatif : Accord du médecin coordonnateur : [] OUI [] NON
Accord du médecin traitant : [] OUI [] NON
Accord du patient ou de la personne de confiance : [] OUI [] NON

PRESCRIPTEURS

EHPAD :
Médecin coordonnateur : Médecin traitant :
☎ :/...../...../..... ☎ :/...../...../.....

LE RESIDENT

Civilité : [] Mr [] Mme
Nom d'usage : Personne de confiance :
Nom de naissance : Nom :
Prénom : ☎ :/...../...../.....
Date de Naissance :/...../..... Lien de parenté :
Situation familiale : [] marié(e) [] Concubinage [] Pacsé(e) [] Veuf(ve) [] Divorcé(e) [] Célibataire
Protection juridique : [] Capable majeur [] Tutelle [] Curatelle [] Démarche en cours

MOTIFS DE LA DEMANDE

Large empty rectangular box for providing reasons for the request.



Formulaire de demande d'évaluation anticipée en EHPAD par l'HADALU

Prise en charge

2/2

DONNEES MEDICALES

- Allergie : Non Oui, si oui lequel :
- BMR : Non Oui, si oui lequel :

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :

PROJET THERAPEUTIQUE

DIRECTIVES ANTICIPEES

Rédigées OUI NON

Date de rédaction :/ /.....

IMPORTANT

✓ **Avec la demande**, joindre impérativement les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance.

Nom du médecin :

Signature et cachet :