



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

Prise en charge

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



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 :