

DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

DOCUMENT A FAXER AU 04.67.90.41.76 OU A ENVOYER PAR MAIL

LIAISON.HAD@CAPSANTE.FR

**POUR TOUTE DEMANDE MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LES COMPTES
RENDUS, BILAN SANGUIN ET ORDONNANCES DU PATIENT.**

Date de la demande :

Admission souhaitée le :

Médecin prescripteur de l'HaD

Nom du médecin prescripteur :

Ou tampon et signature **OBLIGATOIRE**

☐ Médecin en établissement :

Etablissement :

Service :

Tel :

Fax :

Courriel :

☐ Médecin Traitant :

Tel :

Fax :

Courriel :

Informations concernant le patient

Nom :

Prénom :

Sexe :

☐ Féminin

☐ Masculin

Date de naissance :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse complète :

Nom et téléphone de la personne à contacter :

Lien de parenté éventuel :

Nom du médecin traitant (si non renseigné) :

Est-il informé de la demande HaD :

☐ Oui

☐ Non

Le patient (et/ou la famille) a donné son accord pour la prise en charge en HaD :

☐ Oui

☐ Réserves

Commentaires :

Vit seul à domicile :

☐ Oui

☐ Non

Aidant :

Aides à domicile :

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas :

VOLET MEDICAL

**POUR TOUTE DEMANDE MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LES COMPTES
RENDUS, BILAN SANGUIN ET ORDONNANCES DU PATIENT.**

Si patient(e) hospitalisé(e), date d'hospitalisation :

Pathologie principale :

Et/ou joindre CRH même provisoire

ATCD pertinents :

Situation clinique au jour de la demande :

Traitement en cours

Et/ou joindre ordonnance

Statut infectieux :

☐ Oui

☐ Non

Isolement :

☐ Oui

☐ Non

Patient relevant d'une prise en charge en soins
palliatifs :

☐ Oui

☐ Non

Séjour en rapport avec ALD :

☐ Oui

☐ Non

Si oui,

Pronostic médical connu du patient : ☐ Oui ☐ Non

Pronostic médical connu de l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Soins spécifiques :

Si patient(e) hospitalisé(e), date d'hospitalisation :

SAD : ☐ Oui

☐ Non

O2 : ☐ Oui

☐ Non

GEP : ☐ Oui

☐ Non

Si oui : l/min

PICC LINE : ☐ Oui

☐ Non

TPN : ☐ Oui

☐ Non

PAC : ☐ Oui

☐ Non

Kiné : ☐ Oui

☐ Non

VVP : ☐ Oui

☐ Non

Autres :

