

Pré admission et Projet thérapeutique

Prescription HAD

Patient :	Etiquette :
Nom, Prénom.....	
Date de naissance :/...../.....	
Téléphone :	
Adresse	

Nom du demandeur :
Coordonnées du Médecin traitant :
N° de téléphone :
N° de fax :

Date de la demande :/...../.....
Date d'admission souhaitée en HAD :/...../.....
Durée prévisionnelle de la prise en charge :

Pathologie principale :
Pathologies associées :
.....
Antécédents :
.....
HDM- Evolution récente :
.....
.....
ALLERGIES - INTOLERANCES :
.....

Poids:	Fréquence pesée:.....	Taille:.....IMC:	Alb :	Créat :.....
--------------	-----------------------	------------------------	-------------	--------------

O2 / VNI / VI		Rééducation orthopédique	
Nutrition parentérale		Rééducation neurologique	
Perfusions, antibiotiques...		Surveillance post-chimiothérapie	
Soins palliatifs		Soins de nursing lourds	
Chimiothérapie anticancéreuse		Education du patient et de son entourage	
Nutrition entérale		Surveillance de radiothérapie	
Traitement douleur : par la pompe		Surveillance d'aplasie	
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)		Prise en charge psycho-sociale	
Post-traitement chirurgical			

TRAITEMENT ACTUEL : JOINDRE ORDONNANCE DE SORTIE + Compte rendu hospitalier

EVALUATION DE LA DÉPENDANCE : (A- autonome / B- aide partielle / C- totalement dépendant)	
Conscience / communication :	Elimination :
Respiration :	Douleur :
Déplacements - validité :	Hygiène :
Alimentation :	Sommeil :

Chute:	OUI/NON	Risque respiratoire:	OUI/NON
Escarres:	OUI/NON	Risque infectieux:	OUI/NON
Risque Suicidaire:	OUI/NON	Autres (préciser):	OUI/NON
Barrières de lit nécessaires :	OUI/NON	Ceinture abdominale:	OUI/NON
Evaluation des Bénéfices Risques:	OUI/NON	Score de Norton:	

SOINS PRÉVISIONNELS : Type de soins - fréquence / 24h et voie d'administration selon le cas		
<u>Perfusions:</u>	Fréquence et rythme:	Intervenants NOM Tél
<u>Injections:</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Aérosols:</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Pansements:</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Autres: (sondes, PCA, ...)</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Soins de rééducation</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Soins de nursing :</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Education thérapeutique</u>	Fréquence et rythme:	
<u>Consultations spécialisées</u>		Date & lieu
<u>Imagerie médicale:RV Programmés</u>		Date & lieu
<u>Biologie à prévoir</u>		Date & lieu

PERSONNES RESSOURCES À DOMICILE :			BESOINS DE :	
Entourage :	OUI/NON	Nom:	Diététicienne HAD :	OUI/NON
IDE libérales :	OUI/NON	Nom:	Assistante S Social HAD	OUI/NON
Kinésithérap	OUI/NON	Nom:	Psychologue HAD :	OUI/NON
Autres :		Nom:		

Connaissance du patient par rapport à la maladie : Diagnostique OUI /NON Pronostique OUI/NON Entourage OUI/NON

Je soussigné...Sollicite une demande de prise en charge en HAD

<u>Médecin Prescripteur</u>	<u>Médecin traitant</u>	<u>Médecin Coordonnateur HAD</u>
Nom, Prénom	Nom, Prénom	Nom, Prénom
Signature	Signature	Signature
Date:	Date:	Date:
Décision HAD : <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Report		