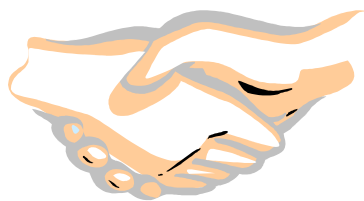




DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION À DOMICILE



Cadre réservé à l'HAD

Etiquette patient / N° de dossier

HAD-CPC-EN-001-02
28/01/2019

Merci d'adresser cette demande par courrier électronique ou par télécopie :

Secteur de Calais :	✉ had.calaisaintomer@mut-anpdc.fr	☎ 03 21 46 48 75
Secteur de Saint-Omer :	✉ had.calaisaintomer@mut-anpdc.fr	☎ 03 21 98 41 30
Secteur de Douai :	✉ had.douaisis@mut-anpdc.fr	☎ 03 27 71 39 29
Secteur de Cambrai :	✉ had.cambresis@mut-anpdc.fr	☎ 03 27 72 07 60
Secteur de Dunkerque :	✉ had.flandremaritime@mut-anpdc.fr	☎ 03 28 60 59 08

DOCUMENT CONFIDENTIEL À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Je soussigné(e), Dr certifie que l'état de santé de :

Mme / M. / l'enfant *Nom de famille* : *Prénom* :

Nom d'usage (nom d'épouse) : *Né(e) le* :

Demeurant (adresse précise) :

Nécessite une admission dans l'établissement d'hospitalisation à domicile.

L'entrée du patient en HAD est souhaitée le :

Selon le type de soins, la durée de prise en charge devrait être de :

Médecin hospitalier référent : Dr

Médecin traitant : Dr

La famille a-t-elle été informée de la demande d'HAD : Oui Non

Si oui, coordonnées de la personne à contacter :

D'autres demandes d'orientations sanitaires ou sociales sont en cours : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Adresse électronique du médecin prescripteur :

Adresse de messagerie cryptée :

Date :

Cachet :

Signature :

TOURNEZ LA PAGE S.V.P. ⇨

HAD Calais - Saint-Omer

38 rue de la Tannerie
62100 Calais

Secteur de Calais : ☎ 09 69 32 94 10

Secteur de Saint-Omer : ☎ 09 69 32 94 20

HAD du Douaisis

Zone du Parc des Prés Loribes
59128 Flers-en-Escrebieux

☎ 09 69 32 94 39

HAD du Cambrésis

93 ter rue Victor Watremez
59157 Beauvois-en-Cambrésis

☎ 09 69 32 94 45

HAD de Flandre Maritime

74 avenue Jean Monnet
59951 Dunkerque Cedex 1

☎ 09 69 32 95 24

MOTIFS ET PATHOLOGIE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Indice de Karnofsky (IK) : %

ANTÉCÉDENTS ET FACTEURS DE RISQUES

BILAN INFECTIEUX

En cas d'identification de bactéries :

- Type : BMR : Oui Non
- Origine : Urinaire Respiratoire Cutanée Autre, *préciser* :
- Mesure d'isolement : Oui Non
- Bactériologie en cours : Oui, *préciser laquelle* : Non

PROJET THÉRAPEUTIQUE

Objectifs de la prise en charge en HAD :

- Injections : IM IV S/C PAC
 Perfusion SAP PCA
- Alimentation : Normale Parentérale Entérale
- Particularités : Stomie Sonde vésicale Etui pénien
- Autres soins : Surveillance de l'état général Nursing Pansement
- Contention : Aucune Barrières Ceinture Harnais Autre :
- Kinésithérapie : Oui, *préciser type et fréquence* : Non
- Nécessite une prise en charge sociale : Oui Non
- Nécessite une prise en charge psychologique : Oui Non
- Thérapeutiques :

En cas de traitement à délivrance hospitalière, veuillez SVP joindre l'ordonnance pour la commande des médicaments.

Pour toute utilisation « hors référentiels » (AMM et PTT) des médicaments remboursés en sus des GHS, merci de compléter le formulaire de l'OMEDIT et de transmettre celui-ci au pharmacien de l'HAD.

HAD Calais - Saint-Omer

38 rue de la Tannerie
62100 Calais

Secteur de Calais : ☎ 09 69 32 94 10

Secteur de Saint-Omer : ☎ 09 69 32 94 20

HAD du Douaisis

Zone du Parc des Prés Loribes
59128 Flers-en-Escrebieux

☎ 09 69 32 94 39

HAD du Cambrésis

93 ter rue Victor Watremez
59157 Beauvois-en-Cambrésis

☎ 09 69 32 94 45

HAD de Flandre Maritime

74 avenue Jean Monnet
59951 Dunkerque Cedex 1

☎ 09 69 32 95 24