

Formulaire d'Enregistrement Administratif – FEA 04-00-01
Demande d'Admission en HAD

À faxer au 04.96.20.66.67 ou 09.70.19.19.50 ou à adresser par mail à : secretariat.had@soins-assistance.org

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDEUR :
ETABLISSEMENT : **Service :** **Personne contact :**
 ☎ : **Fax :** **E-mail :**

DATE D'ADMISSION EN HAD SOUHAITEE :/...../.....

IDENTIFICATION DU PATIENT : 
Nom de naissance : **Prénom :**
Nom d'usage : **Date de Naissance :**/...../..... **Sexe :** F M
Adresse : ☎ :

PERSONNE A CONTACTER : **Nom :** **Prénom :**
 ☎ : **Lien de parenté :**

IDENTIFICATION DES INTERVENANTS LIBERAUX

MEDECIN TRAITANT informé de la demande d'HAD : OUI NON

Nom / Prénom :
 ☎ : **Fax :** **E-mail :**

INFIRMIER LIBERAL : **Nom / Prénom :**
 ☎ : **Fax :** **E-mail :**

DIAGNOSTIC / MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN HAD (*veuillez nous communiquer le maximum d'informations médicales possibles*) :

ANTECEDENTS Médicaux :
Chirurgicaux :
Allergie(s) :

TRAITEMENT EN COURS : *Merci de joindre à la demande d'admission la fiche de traitement en cours.*
Le jour de l'admission, nous faire parvenir les ordonnances originales.

TYPE DE PRISE EN CHARGE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SOINS PALLIATIFS
<input type="checkbox"/> PANSEMENTS COMPLEXES
<input type="checkbox"/> NUTRITION PARENTERALE / ENTERALE
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT IV
<input type="checkbox"/> CHIMIOThERAPIE
<input type="checkbox"/> AUTRES : | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
<input type="checkbox"/> TRAITEMENT POST CHIRURGICAL
<input type="checkbox"/> SOINS DE NURSING LOURD
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE
<input type="checkbox"/> ASSISTANCE RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> REEDUCATION NEUROLOGIQUE – REEDUCATION ORTHOPEDIQUE |
|---|--|

Patient porteur de BMR ou de BHRé : OUI NON *Merci de joindre les résultats de dépistage à la demande d'admission*

Evaluation de la dépendance : Indice de Karnofsky : et / ou GIR :

Evaluation sociale : Vit seul : OUI NON Entourages présents : OUI NON Tutelle/curatelle :
 Logement : Etage : Ascenseur :

Date de la demande d'admission :

Nom et cachet du médecin demandeur :

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC CE DOCUMENT

COPIES : Carte d'Identité, Attestation Sécurité Sociale à jour, Carte Mutuelle, Dossier de Liaison d'Urgence