

DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION EN HAD

Fax : 05 40 07 20 22

Email (sécurisé) : secretariat.medical@santesservicebayonne.mssante.fr

Date d'envoi :/...../.....

Date souhaitée de prise en charge HAD :/...../.....

PATIENT

Nom et prénom :Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
Téléphone :
 Lieu de vie : Domicile EHPAD Autre :

MEDECIN PRESCRIPTEUR DE L'HAD

Médecin hospitalier Médecin traitant
 Nom :Prénom :
 Téléphone :

Médecin Traitant (si prescripteur hospitalier)

Nom :Prénom :
 Téléphone :

Proches désignés (noms, liens, coordonnées) :

.....

Histoire de la maladie, pathologies associées, antécédents :

.....

Traitements en cours :

.....

MERCI DE JOINDRE L'ORDONNANCE / LE TRAITEMENT DE SORTIE

STATUT INFECTIEUX

Type de bactérie :
 Origine de la bactérie : Urinaire Respiratoire Contact

Nécessité d'isolement : Oui Non
 (Joindre la copie de l'analyse bactériologique)
 COVID19 + Oui Non

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE EN HAD

- SOINS PALLIATIFS
- PRISE EN CHARGE POST OP
- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
 - IV SC
- PERFUSION
 - Voie IV Voie IM Voie SC
- Chambre implantable KT Central PIC LINE
- ASSISTANCE RESPIRATOIRE
 - Oxygène Ventilation Assistée VNI
 - Jour Nuit 24hx24
 - Soins de trachéotomie Apnée du sommeil
- NUTRITION (prévoir prescription)
 - Entérale Parentérale
- Sonde naso-oesophagienne Gastrostomie

- PANSEMENTS COMPLEXES - localisation :
- VACTHERAPIE PICO
- Soins colostomie
- REEDUCATION ORTHOPEDIQUE
- REEDUCATION NEUROLOGIQUE
- RADIOTHERAPIE
- SURVEILLANCE POST-CHIMIOThERAPIE
- SURVEILLANCE D'APLASIE
- EDUCATION PATIENT/ENTOURAGE
- Diabète Colostomie Nutrition entérale
- Oxygène Autres :
- SOINS DE NURSING LOURDS
- PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE :
 - PC Sociale PC Psychologique

Signature et tampon du médecin prescripteur :

La signature du praticien implique son accord sur le mode de fonctionnement du service et lui laisse l'entière liberté de la prescription, dont l'application est déléguée à Santé Service Bayonne et Région.

