



# Demande d'admission en HAD

Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001

Version : 6

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 11/04/2024

Type de document : Enregistrement SSBDR

Processus : Préadmission/Admission

DATE DE DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HAD :

### MÉDECIN ET/OU ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

Nom du médecin /service prescripteur :

Hospitalisé(e) depuis le :

Téléphone :

### PATIENT(E) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

N° SS :

Caisse SS :

Mutuelle :

Adresse mail\* :

*\*Le patient accepte de transmettre une adresse e-mail pour participer au questionnaire e satis : sa propre adresse e-mail ou celle d'un proche / membre de sa famille s'il n'en a pas, ou qu'il souhaite être aidé pour répondre au questionnaire »*

### MESURE DE PROTECTION

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Aucune  Autre  :

### PERSONNE A PREVENIR

Personne ressource - Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

### PERSONNE DE CONFIANCE

Personne ressource - Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

### MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Ville :

Code Postal :

### TYPE(S) DE PRISE EN CHARGE :

Perfusion de type hospitalier

Gestion de la douleur

Soins palliatifs

Nursing lourd

Chimio ou suivi post-chimio

Nutrition parentérale/entérale

Assistance respiratoire

Pansements complexes

Traitement post chirurgical

Traitement à réserve hospitalière

### CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN HAD (obligatoire)

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'état de santé de Mr/Mme

Nécessite une hospitalisation à domicile à compter du  
informations médicales et paramédicales de la présente demande

pour une durée de 1 mois, renouvelable, fondée sur les

AT ≥ 120 euros ou coef ≥ 60

Affection en rapport ALD

Séjour supérieur à 30 jours

### DIAGNOSTIC :

Cachet du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur





# Demande d'admission en HAD

Référence : SSBDR-PAR-ADM-ENR-001

Version : 6

Page 2

Structure : HAD

Mise en application : 11/04/2024

Type de document : Enregistrement SSBDR

Processus : Préadmission/Admission

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Pathologie principale :

Pathologies associées et antécédents principaux :

Histoire et Evolution récentes :

Traitement en cours : (ordonnance à joindre, SVP)  PO  IV  SC  Pompe antalgique

Voie d'abord :  VVP  Mid Line  VVC  Picc-line  Port a Cath  Catheter  Autre

### ÉVALUATION CLINIQUE :

Poids actuel (en kg) :                      Taille (en cm) :

Allergie(s) connue(s) :  Non  Oui : .....

Nutrition :  Voie orale  Adaptée (mixée)  Nutrition entérale  Nutrition Parentérale  Nutrition IV  SNG (ch : .....

Respiration :  Air ambient  O<sub>2</sub> (débit ..... L/min)  Continu OU  Discontinu  
 VNI (nuit/jour)  Trachéotomie (réf. : .....)  Aérosols  Aspirations (réf. : .....

Élimination :  Autonome  Changes-complets  SAD (ch : .....)  Sonde U  Étui pénien (ch : .....)  Stomie  Colo  Ileo  Nephrostomie  Dialyse  Bricker

Hygiène :  Autonome  Toilette complète (au lit...)  Aide à la toilette

Mobilité :  Sans aide humaine  Avec aide humaine  Aide technique (Lève malade verticalisateur)  Alité

Troubles cognitifs :  Oui  Non                      Contention :  Oui  Non                      Risque de chute :  Oui  Non  
(Barrières de lit, gilet de contention, ceinture pelvienne...).

Risque suicidaire :  Oui  Non                      Risque situation de maltraitance :  Oui  Non                      Patient porteur BMR :  Oui  Non

### REMARQUES :

Les données personnelles recueillies rentrent dans le cadre de notre politique de protection des données personnelles et ont pour finalité la gestion de la prise en charge médicale et administrative du patient. Vous pouvez obtenir notre politique de protection des données personnelles sur simple demande. Conformément au RGPD vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer en nous contactant à l'adresse suivante : SSBDR6Direction.13 Rue Nicolas Copernic – 13200 Arles