



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 O₂ (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