



HOME SANTE HAD
174, av. Nina Simone
34000 MONTPELLIER
Tel. 04 99 53 65 95

**DEMANDE D'ADMISSION
EN HAD**
A RETOURNER PAR FAX OU MAIL A L'HAD
Fax: 04 99 53 65 94
admission.had@home-sante.fr

Réf. : DHAD v.3/14

Page 1/2

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Tél :
Date de la demande :

Fax :

ETABLISSEMENT:

Service :
chambre :

PATIENT :

Nom de naissance :
Nom usuel :
Né(e) le :

Prénom :
Sexe : F M
Tel :

Adresse :

Personne de confiance :

Pathologie connue : du patient ? Oui Non
Accord pour HAD : du patient ? Oui Non
Directives anticipées : Oui Non

Tel :
de la famille ? Oui Non
de la famille ? Oui Non
Réfèrent au domicile : Oui Non

MÉDECIN TRAITANT : Nom :

Tel :

Informé : Oui Non

MOTIF MEDICAL D'ADMISSION – HISTOIRE DE LA MALADIE

(Joindre les comptes rendus et courriers médicaux)

Traitements à poursuivre : Chirurgie Radiothérapie Chimiothérapie Autre
Soins palliatifs: Oui Non

Antécédents – Pathologies associées

TRAITEMENT EN COURS

(Joindre copie traitement actuel)

VOIE ORALE

INJECTABLE

Taille : Poids : IMC : BMR : Oui Non

Allergies :

Etat de conscience : Cohérent Conscient Inconscient
 Communicant Agité Maladie psychiatrique

Mobilisation : Valide Aide aux transferts Grabataire

Elimination : Incontinence urinaire Incontinence fécale Sonde urinaire
 Colostomie

Hygiène : Autonome Toilette partielle Toilette complète

Nutrition : Normale Nutrition parentérale Nutrition entérale
 Gastrotomie Dextros /insuline Sonde nasogastrique

Voie d'abord Voie centrale VVP Picc line
 PAC

Oxygène oui non

Etat cutané Escarre Pansement simple Pansement complexe

Prise en charge kiné : Oui Non

Suivi : Par assistante sociale : Oui Non

Dispositif ? :

Par Psychologue : Oui Non

Date d'admission souhaitée :

Nom et signature du médecin prescripteur de l'HAD :

Réservé à l'HAD

date:

Suites données:

LE JOUR DE L'ENTREE EN HAD
MERCI DE NOUS FAXER AU 04 99 53 65 94
1. L'ORDONNANCE EN COURS
2. LA FICHE DE LIAISON IDE