



# DEMANDE D'ADMISSION AU TITRE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

## HAD 06

HAD CANNES

Tél: 04 92 18 67 06

Fax: 04 93 69 75 97

Mail: [had@ch-cannes.fr](mailto:had@ch-cannes.fr)

HAD GRASSE

Tél: 04 93 09 55 56

Fax: 04 93 09 55 57

Mail: [had@ch-grasse.fr](mailto:had@ch-grasse.fr)

HAD NICE ET REGION

Tél: 04 97 25 77 77

Fax: 04 97 25 77 70

Mail: [had.nice.et.region@hadnice.fr](mailto:had.nice.et.region@hadnice.fr)

HAD ARNAULT TZANCK

Tél: 04 92 27 55 43

Fax: 04 92 27 55 45

Mail: [had@tzanck.org](mailto:had@tzanck.org)

*En vous remerciant d'envoyer dans les plus brefs délais la demande et les prescriptions médicales*

**Demander :** ..... **Tél :** .....

**Date de la demande :** ...../...../.....

**Date de l'entrée souhaitée en HAD :** ...../...../.....

### PRESCRIPTEUR

ETABLISSEMENT DE SANTE : .....

Service : .....

Médecin:.....Tél : .....

Cadre de santé :.....Tél : .....

MEDECIN TRAITANT :

Nom :.....Tél : .....

*Signature et tampon du prescripteur*

### IDENTITE DU PATIENT

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance : ...../...../.....

Tél:.....

EHPAD

Adresse :.....

Commune :.....

### EVALUATION SOCIALE

Vit :  Seul  En couple  Chez un enfant  Autre : .....

Aidant Principal : .....Tél : .....

Personne de confiance : .....Tél : .....

Médecin Traitant : .....Tél : .....

### EVALUATION DEPENDANCE

Poids :.....  Variation ..... Taille :.....

Niveaux	1	2	3	4
Habillage ou toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déplacements et locomotion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation et communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Cotation

- 1 : Indépendance complète
- 2 : Supervision ou arrangement
- 3 : Assistance partielle
- 4 : Assistance totale

Sonde Vésicale  Colostomie

#### Indice de Karnofsky

- 10 à 30 Incapable de s'occuper
- 40 à 70 Incapable de mener une activité normale, assistance variable
- 80 à 100 Capable de mener une vie normale

### DIAGNOSTIC PRINCIPAL et histoire de la maladie

Allergies, Antécédents : .....

**ACCES VEINEUX EN PLACE**

Voie Veineuse Périphérique  Voie Veineuse Centrale  Chambre implantable  Autres abords veineux : .....

**MOTIFS DE PRISE EN CHARGE**

*( Cocher le ou les items ayant motivés la demande)*

<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Trachéo <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Aérosol
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale	
<input type="checkbox"/> Nutrition entérale	<input type="checkbox"/> Sonde NG <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie
<input type="checkbox"/> Traitements injectable	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	Diagnostic <input type="checkbox"/> posé <input type="checkbox"/> connu par le patient <input type="checkbox"/> connu par la famille
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie anti-cancéreuse	Type :
<input type="checkbox"/> Surv. Post Chimiothérapie	Type :
<input type="checkbox"/> PEC de la douleur	EVA :..... <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Antalgiques : .....
<input type="checkbox"/> Pansements	<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Autres :..... Siège : .....
<input type="checkbox"/> Post-traitement chirurgical	Date de l'intervention : .....
<input type="checkbox"/> Rééducation ortho./neuro.	Intervenant :.....Nb de séances /sem. : .....
<input type="checkbox"/> Soins de nursing	Tps estimé : .....
<input type="checkbox"/> Éducation du patient	Type : .....
<input type="checkbox"/> Surveillance Radiothérapie	NB Séances :.....Zone : .....
<input type="checkbox"/> PEC psychologique ou sociale	Nécessite 1 intervention <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Assistante sociale

**PROJET THERAPEUTIQUE (joindre les prescriptions médicales)**

Soins à détailler (type, fréquence, voie d'administration) : .....

.....

Protocoles à appliquer : .....

.....

Surveillances particulières et précautions: .....

**BMR**  Oui  Non .....

.....

**MATERIEL A METTRE EN PLACE**

Lit médicalisé : .....

Fauteuil : .....

Pompe : .....

O2 , débit:.....Autres : .....

**CADRE RESERVE A L' HAD**  Médecin Coordonnateur  Direction

Patient éligible en HAD  Oui  Non Si non : Motifs du refus : .....

Modes de prise en charge : .....

NOM / Signature : .....