



HAD SARREGUEMINES
 Tél : 03.87.06.60.54
 Fax : 03.55.45.81.84
 @ : inf-had@ch-sarreguemines.fr

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION

Date de la demande :/...../..... 1^{ère} admission Réadmission



HADALU (Luneville)
 Tél : 03.83.76.14.13
 Fax : 03.83.76.15.55
 @ : hadalu@ch-luneville.fr

HAD DIEUZE
 Tél : 03.87.05.07.89
 Fax : 03.87.05.80.39
 @ : idec.had@dieuze-hopital.fr



HAD OHS
 Tél : 03.83.86.91.41
 Fax : 03.83.86.91.75
 @ : had.cadres@ohs.asso.fr



HAD FREYMING-MERLEBACH
 Tél : 03.87.81.84.42
 Fax : 03.87.81.84.43
 @ : ide-had.hf@filieris.fr



HAD SARREBOURG
 Tél : 03.87.23.25.38
 Fax : 03.87.23.25.95
 @ : C.Chevillard@ch-sarrebourg.fr

PRESCRIPTEUR :

Etablissement de Santé :
 Service : Fax :
 Médecin : Dr..... Tél :
 Médecin traitant : Dr.....
 Adresse :
 Tél : Fax :
 Mail :

Signature et cachet du Prescripteur :

PATIENT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Lieux où se trouve le patient : Service Domicile Ets Médicaux-sociaux
 Autres :
 Adresse :
 Tél :
 Patient informé : du diagnostic du Pronostic Non informé

Situation sociale :

Situation de famille :
 Marié(e) Concubinage Pacsé (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Célibataire
 Vit : Seul (e) En couple Chez un enfant Chez un aidant
 Protection juridique : capable majeur tutelle curatelle démarches en cours
 mise sous sauvegarde de justice
 Entourage présent : oui non
 Aidant principal :
 Nom : Prénom :
 Lien de parenté : Tél :
 Personne de confiance :
 Nom : Prénom :
 Lien de parenté : Tél :

Prénom, Date de
naissance du patient

DEMANDE D'ADMISSION

Motifs de Prise en Charge Principaux		Motifs de Prise en Charge Associés
<input type="radio"/> Soins palliatifs <input type="radio"/> Prise en charge de la douleur <input type="radio"/> Traitement IV <input type="radio"/> Nutrition parentérale, Nutrition entérale <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance post chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance de radiothérapie <input type="radio"/> Surveillance d'aplasie <input type="radio"/> Transfusion <input type="radio"/> COVID-19	<input type="radio"/> Rééducation neurologique (5x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (5x/sem.) <input type="radio"/> Education du patient/entourage <input type="radio"/> Pansement complexes <input type="radio"/> Soins post traitement chirurgical <input type="radio"/> TPN <input type="radio"/> Surveillance grossesse à risque <input type="radio"/> Post-partum pathologique	<input type="radio"/> Soins de nursing lourds <input type="radio"/> PEC Psychologique et/ou sociale <input type="radio"/> Assistance respiratoire (O2, VNI, ...) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (3x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation neurologique (3x/sem.) <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Précisions :

Diagnostic principal et histoire de la maladie

Date d'entrée **souhaitée** en HAD :/...../..... (La date d'admission est fixée par le service d'HAD)

Projet thérapeutique (Joindre impérativement les prescriptions médicales)

Soins à détailler : type, fréquence, ... :

 Protocoles à appliquer :

 Surveillances particulières et précautions :

BMR : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Allergies : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	--

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :
-------------------------------	-----------------------------------

--	--

IMPERATIF :

- Avec la demande, **joindre obligatoirement le traitement médical** en cours et/ou de sortie.
- Pour la sortie, **faxer l'ordonnance de sortie et un CR médical d'hospitalisation.**

Cadre réservé à l'HAD	
Patient éligible en HAD : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Motif de refus :	
Nom du médecin coordinateur : Dr	Signature :

Etiquette ou Nom,
Prénom, Date de
naissance du patient

HOSPITALISATION A DOMICILE

DEMANDE D'ADMISSION

Voie d'administration du Traitement	<input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> VVP <input type="radio"/> VVC : (voie et côté) : <input type="radio"/> CIP <input type="radio"/> Aiguille de Huber posée le : Taille : G Longueur :mm
-------------------------------------	---

Recueil de données

<u>Douleur :</u> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Siège de la douleur : Type : <input type="radio"/> A la mobilisation <input type="radio"/> Diurne <input type="radio"/> Nocturne Evaluation : <input type="radio"/> EVA <input type="radio"/> EN <input type="radio"/> Autres : Valeur : Traitement antalgique : <input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> Patch <input type="radio"/> S/C <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> PSE <input type="radio"/> PCA
<u>Etat cutané :</u> <input type="radio"/> Absence de lésion cutanée	Evaluation du risque d'escarre : <input type="radio"/> Norton :/20 <input type="radio"/> Braden :/23 Matelas anti escarre : <input type="radio"/> A mémoire de forme <input type="radio"/> A air <input type="radio"/> Rougeur <input type="radio"/> Plaie <input type="radio"/> Escarre Localisation : Type : Protocole : Durée du pansement : <input type="radio"/> < 30 min <input type="radio"/> > 30 min
<u>Respiration :</u> <input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Dyspnée <input type="radio"/> Encombrement <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> O2 : débit :L/mn durée :/24h <input type="radio"/> Aérosols : type : fréquence :/j <input type="radio"/> Trachéotomie : réalisée le :/...../..... type canule :
<u>Locomotion :</u> <input type="radio"/> Se déplace seul	<input type="radio"/> Marche difficile <input type="radio"/> Marche avec aide <input type="radio"/> Canne <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Lever au fauteuil <input type="radio"/> Lever avec soulève malade <input type="radio"/> Grabataire <input type="radio"/> Hémiplégie droite <input type="radio"/> Hémiplégie gauche <input type="radio"/> Amputation : <input type="radio"/> Appareillage : Chute dans les 12 mois précédents : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> non connu <input type="radio"/> oui Nb de chutes :
<u>Neurologique et vécu psychologique :</u>	<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Troubles de l'humeur <input type="radio"/> Troubles de la vigilance <input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Autres :
<u>Communication :</u> <input type="radio"/> Communication verbale normale	<input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Impossible <input type="radio"/> Malvoyant <input type="radio"/> Surdit�e Langue parlée : Compréhension :
<u>Habillement :</u>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète
<u>Hygiène :</u>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle au lit <input type="radio"/> Aide partielle au lavabo <input type="radio"/> Toilette complète au lit <input type="radio"/> Soins de bouche : Protocole :
<u>Alimentation :</u>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète <input type="radio"/> Régime normal <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/> A jeun strict <input type="radio"/> Nausée <input type="radio"/> Vomissements <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Perte d'appétit <input type="radio"/> Fausses routes <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> Gastrostomie <input type="radio"/> Jéjuno-stomie Posée le :/...../..... <input type="radio"/> Nutrition entérale (<i>Produit et quantité</i>) :
<u>Elimination urinaire :</u>	<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Autre : <input type="radio"/> Sonde vésicale : CH N° : <input type="radio"/> Stomie urinaire <input type="radio"/> Cystocath Posé(e) le :/...../.....
<u>Elimination fécale :</u>	<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Constipation <input type="radio"/> Diarrhées <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Stomie Posée le :/...../..... <input type="radio"/> Autre :
<u>Sommeil :</u>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Insomnies <input type="radio"/> Agitation nocturne <input type="radio"/> Barrières la nuit <input type="radio"/> Somnifère