FORMULAIRE DE DEMANDE DE PEC HAD PRE PARTUM

Merci d'adresser cette demande au :

admsoins@hadvr.fr ou par fax : **05.57.50.20.29** **Tél : 05.57.50.20.20**

ou **fax : 05.33.89.37.72** had@plateforme33.fr **Tél : 05.33.89.37.70**

DOCUMENTS A FOURNIR :
Courrier d'hospitalisation avec traitements en cours et posologie
Et/ou copies des ordonnances

Date de demande : ..... Etablissement demandeur : .....

Date d'entrée souhaitée en HAD : ..... ou ❒ le plus tôt possible

NOM D'USAGE : **Prénom :**
NOM DE NAISSANCE : **DDN :**
ADRESSE COMPLETE DE PRISE EN CHARGE :

TEL FIXE : **TEL PORTABLE :**
SITUATION FAMILIALE : ❒ Concubinage ❒ Mariée ❒ Célibataire ❒ Autre
MODE DE VIE : ❒ SEULE ❒ ACCOMPAGNEE ❒ VIT EN STRUCTURE psycho-médico-sociale
Nombre d'enfants au domicile (y compris en garde alternée) :

OBSTETRICIEN REFERENT :
SF LIBERALE REFERENTE ou CONNUE :
MEDECIN TRAITANT : Lieu d'exercice :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

TEL SIGNATURE

MOTIF D'ADMISSION :

TERME le jour de la demande :

Gestité ..... Parité ..... DDG : ...../...../.....

ATCD médicaux/psychologiques/gynécologiques/familiaux notables :

ATCD Obstétricaux notables :

Suivi en cours :
❒ Ass Sociale ❒ Psycho ❒ Tabac ❒ Addicto ❒ Diabéto ❒ PMI ❒ Diét. ❒ DDIANE
❒ Cardio ❒ SF libérale ❒ Staff PMS ❒ Endocrino ❒ Post- chir bariatrique ❒ Autre :

Suivi à mettre en place :
❒ Ass Sociale ❒ Psycho ❒ Tabac ❒ Addicto ❒ Diabéto ❒ PMI ❒ Diét. ❒ DDIANE
❒ Cardio ❒ SF libérale ❒ Staff PMS ❒ Endocrino ❒ Post- chir bariatrique ❒ Autre :