

Merci d'adresser cette demande :

Par fax à l'HADVR : 05.57.50.20.29 ou mail : admsoins@hadvr.fr

OU Par fax à la plateforme : 05.33.89.37.72 ou mail : had@plateforme33.fr

Tél HADVR : 05.57.50.20.20

Tél plateforme : 05.33.89.37.70

Documents à fournir

Courrier hospitalisation antérieure
Courriers consultations
Traitement habituel
Autre documents :
CR EMSP/USP/EM Gériatrie

Date de la demande : . . / . . /Date entrée souhaitée en HAD : . . / . . /**DOCUMENT CONFIDENTIEL****1/ PATIENT(E) :**

Nom : Prénom de naissance :
Nom de naissance : Date de naissance : . . / . . /
Age :
Adresse de prise en charge : N° : Rue :
Code postal : Commune :
Tel fixe : Tel portable :
Adresse mail :
ENVIRONNEMENT : Vit seul(e) Vit accompagné Vit en structure médico-sociale
AIDANT : Lien : Nom :
Tel :

2/ DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET NATURE DES SOINS

Date d'hospitalisation dans le service :

EMSP	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
PAP	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Suivi psy	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Suivi ASociale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Diagnostic connu du patient Diagnostic connu de la famille ALD en rapport avec la prise en charge en HAD oui non**3/ PROJET THERAPEUTIQUE :** Réhabilitation au domicile Accompagnement palliatif Poursuite des soins hospitaliers**4/ INTERVENANTS DEMANDES :** IDE Assistante Sociale Psychologue Kinésithérapeute Orthophoniste Sage-Femme**5/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Docteur : Tel secrétariat :
Etablissement : Tel service :
Service adresseur : Fax et/ou mail :

6/ MEDECIN TRAITANT/ Référent :

Docteur : Tel secrétariat :
Ville :

Je soussigné Docteur

Certifie que l'état de santé de M Né le : . . / . . /

Nécessite son admission dans un établissement d'Hospitalisation à Domicile

Ont été informés de la demande d'HAD :

La famille : OUI NON Le patient : OUI NON Le médecin traitant : OUI NON

Cachet

Signature du médecin prescripteur