

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

Date de la demande : . . / . . /

Date entrée souhaitée en HAD : . . / . . /

Documents à fournir :

Courrier de l'hospitalisation antérieure
Courriers des consultations (suivi plaies,
EMSPA...)

Ordonnance de traitements en cours
DLU

CNI, attestation assurance maladie,
mutuelle

PATIENT

Nom :

Prénom de naissance :

Nom de naissance :

Date de naissance : . . / . . /

Age :

ETABLISSEMENT

Etage :

Chambre :

DEMANDE D'ADMISSION ANTICIPEE : OUI NON

• **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET NATURE DES SOINS :**

Diagnostic connu du patient : OUI NON

Diagnostic connu de la famille : OUI NON

• **PROJET THERAPEUTIQUE :**

Accompagnement palliatif

Directives anticipées rédigées : OUI NON

Compte rendu EMSPA : OUI NON

Poursuite des soins hospitaliers

• **INTERVENANTS DEMANDES :**

IDE

Assistante sociale

Psychologue

Kinésithérapeute

Diététicien Orthophoniste

Ergothérapeute

• **MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Docteur :

Tél secrétariat :

Etablissement :

Tél service :

Service :

Fax et/ou mail :

• **MEDECIN TRAITANT / Référent :**

Docteur :

Tél secrétariat :

Ville :

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