



FICHE DEMANDE D'ADMISSION

Février 2022
DP-HAD-01
Version 8
Page 1/ 3

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD

Tél. HAD: 05.65.100.446 - Fax: 05.65.34.77.90
e-mail : contact@had46.fr
1 bis avenue Georges CLEMENCEAU
46100 FIGEAC

Réservé au HAD

Demande reçue le :

Contact adresseur le :

Visite d'inclusion le :

Décision : admission

refus

Date d'entrée :

Documents à joindre à la demande impérativement

- Ordonnance de sortie (traitement - kiné – dispositifs médicaux...)
- Protocole de soins (pansement, glycémie)
- Compte rendu d'hospitalisation – de consultation – opératoire
- Compte rendu d'examens (biologiques, radiologiques)
- Fiche de liaison IDE
- Bulletin de situation

Identité Patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Age :
Sexe : Masculin Féminin
Adresse :

Tél :

Coordonnées adresseur :

Etablie par le Dr :
Service/Etablissement :

N° de Tél :

Signature adresseur :

Coordonnées du Médecin Traitant :

NOM : _____ Tél : _____

Si demande faite par un médecin hospitalier, le médecin traitant est informé de la demande de prise en charge en HAD : Oui Non

MOTIF DE PRISE EN CHARGE : Diagnostic et objectif thérapeutique :

Diagnostic connu du malade : Oui Non Directives anticipées rédigées Oui Non

PATHOLOGIE(S) ASSOCIEE(S) / ANTECEDENTS / ALLERGIES :



FICHE DEMANDE D'ADMISSION

Février 2022
DP-HAD-01
Version 8
Page 2/ 3

OBJECTIF THERAPEUTIQUE :

- Récupération d'autonomie Cicatrisation Stabilisation de l'état
 Poursuite des soins de type hospitalier Accompagnement de fin de vie
 Autres : _____

CHARGE EN SOINS :

- Injection IM : Pansement Nutrition parentérale
 Voie périphérique Evaluation de la douleur Nutrition entérale
 Voie centrale Soins de stomie Soins d'accompagnement et de confort
 Héparine SC Antalgiques Sonde urinaire, posée le :
 Réhydratation SC Nursing
 Perfusion IV

Nature des produits à perfuser : _____

ETAT DU PATIENT A L'ADMISSION :

- Valide Déambule Lit / fauteuil Grabataire
 T. cognitifs Incontinence Escarres
 Dénutrition T. déglutition Autres plaies
 BMR Mesures complémentaires
 Patient à risque de fugue Patient à risque suicidaire Patient à risque de chute
 Patient à haut risque vital (signalement ERDF)
 Poids Taille Variation de poids avant l'entrée, si connue

REGIME ALIMENTAIRE :

Alimentation : normale régime : _____ texture : _____

ENVIRONNEMENT MATERIEL SOUHAITE :

- Lit médicalisé Fauteuil de repos Générateur d'aérosol
 Pousse Seringue Pompe à perfusion Pompe à nutrition électrique
 Oxygène Aspirateur à mucosité
 Lève malade Fauteuil roulant Autres :



FICHE DEMANDE D'ADMISSION

Février 2022
DP-HAD-01
Version 8
Page 3/ 3

AUTRES INTERVENANTS DEMANDES :

Intervenants / soins de support	En cours / à préciser	A prévoir
Kinésithérapie		
IDEL		
Orthophoniste		
Réseau soins palliatifs		
Diététicien		
Assistante sociale		
Psychologue		
Autres		

DONNEES SOCIALES ET FAMILIALES :

Au domicile : en couple vit seul(e)
En EHPAD : oui non
En foyer logement : oui non
En SSIAD oui non – si oui, depuis le :

Mesure de protection juridique : oui non

Si oui : Tutelle Curatelle :

Coordonnées du Tuteur : _____

Mesures médicosociales en place :

Aide à domicile APA Portage de repas Télé alarme
 CMP Autres, préciser : _____

DONNEES ADMINISTRATIVES :

Régime sécurité sociale : _____

N° carte SS (joindre une copie) : _____

Mutuelle : _____