

HAD

**Formulaire de
DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE**



Tél : 03 83 86 91 41

FAX : au 03 83 86 91 75

mail : had.secretaires@ohs.asso.fr

Date de la demande : / /

Médecin prescripteur : ☎ : / / / /

LE PATIENT

Nom et prénom :

Accord Patient / Entourage : Oui Non

Nom de naissance :

Date de naissance :

Vit seul(e) : Oui Non

Adresse :

Intervention conjointe SSIAD Oui Non

.....
☎ : / / / /

Personne à joindre pour préparer l'HAD :

.....
☎ : / / / /

PATHOLOGIE(S)



Hospitalisation A Domicile

2 rue des Cinq Piquets ■ BP 32231 54022 Nancy Cedex ■ Tél. : 03 83 86 91 41 ■ Fax : 03 83 86 91 75 ■ E-mail had.secretaires@ohs.asso.fr
Association à but non lucratif reconnue d'utilité publique
EN-23i-100 Demande d'admission en HAD par un médecin généraliste

Mis à jour le 19/06/2018

OBJET(S) DE LA PRESCRIPTION d'HAD

 Soins palliatifs Traitement antalgique IV ou sous cutanée Traitement intraveineux (antibiothérapie, autres) par : Nutrition : IV SNG GEP Administration de chimiothérapie IV sous cutanée Per-os par : Surveillance de chimiothérapie par J1 le : Surveillance de radiothérapie Surveillance d'aplasie Pansements complexes Thérapie à pression négative Stomie compliquée Surveillance après intervention chirurgicale Rééducation orthopédique (5X/semaine) – Patient en perte d'autonomie Rééducation neurologique (5X/semaine) Oxygénothérapie – VNI Suivi psychologique ou social Soins de nursing

Date d'entrée souhaitée le : / /

IMPORTANT**Avec la demande**, nous communiquer impérativement
le traitement médical en cours.

Nom du médecin :

Signature et cachet :

