

Dossier « PASSERELLE DE DEMANDE D'ADMISSION »

(Document confidentiel à remplir par un médecin et à adresser au Médecin Coordonnateur de l'H.A.D.)
FAX n° : 05.57.12.34.31

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Nom :	Prénom :	
Adresse :	Date de naissance :	
	Tél. :	
N° S.S. :	Centre S.S. :	
<input type="checkbox"/> 100 % A.L.D.	<input type="checkbox"/> Pas d'EXO	<input type="checkbox"/> C.M.U.

♦ <u>Etablissement</u> et <u>Service Hospitalier</u> :
♦ Nom du médecin <u>hospitalier</u> référent :
♦ Coordonnées du <u>médecin traitant</u> :

Le patient est également suivi par :
♦ <u>Les médecins spécialistes suivants</u> (merci de préciser qualité et lieu d'exercice)
<input type="checkbox"/> Dr
<input type="checkbox"/> Dr
♦ Psychologue, psychothérapeute, psychiatre :
♦ Services sociaux (<i>nom du référent</i>) :
♦ Tutelle ou curatelle (<i>nom du référent</i>) :

La demande de retour à domicile a été faite par :		
<input type="checkbox"/> le patient	<input type="checkbox"/> famille en priorité	<input type="checkbox"/> médecin traitant
<input type="checkbox"/> patient en accord avec la famille	<input type="checkbox"/> service hospitalier	<input type="checkbox"/> autre

CERTIFICAT MEDICAL		
Je soussigné, Dr M. – Mme	certifie que l'état de santé de	
ayant encore besoin d'une surveillance et de soins actifs, nécessite une prise en charge de 30 jours renouvelables en Hospitalisation à Domicile.		
A	le	Signature et tampon

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE H.A.D.

♦ **Diagnostic et localisation(s) :**

♦ **Date de début :**

♦ **Résumé succinct de l'histoire et des traitements antérieurs :**

♦ **Etat clinique :**
symptômes présents actuellement

Autres antécédents ou pathologies associées :

Objectifs de l'hospitalisation à domicile :

Caractère d'urgence de la demande (préciser pourquoi) :

INFORMATIONS POUR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

♦ **Autonomie :**

- Grabataire
- Lever au fauteuil
- Marche seul dans la chambre
- Marche seul dans les couloirs

♦ **Evolution actuelle :**

- Favorable avec objectif d'amélioration, de guérison ou de rémission possible
- Incertaine car rechute en cours ou probable
- stabilisée - chronicité
- Situation palliative
- symptomatique (pronostic > 3 mois)
- évoluée (pronostic < 3mois)
- terminale (pronostic < 1mois)

♦ **Temps de soins / jour :**

Toilette : autonome

aide partielle

complète au lit

Etat cutané : normal

escarres

plaie chirurgicale

♦ **Alimentation :**

normale per os

avec aide

alimentation entérale

alimentation parentérale

sonde nasogastrique

Nb de gavages / jour

gastrostomie

Produits

jéjunostomie

♦ **Respiration :**

trachéotomie

aspirations

oxygène

assistance mécanisée

VECU FAMILIAL

- ♦ Entourage au domicile vit seul en couple (sans enfant au domicile)
 En couple avec enfant < 12 ans 12ans et +
 chez parents autre
- ♦ Personne référente :
- ♦ Famille informée du diagnostic oui non du pronostic oui non
- ♦ Conflits familiaux Problèmes financiers Epuisement
- ♦ Soutien psychologique de la famille nécessaire oui non
déjà assuré par thérapeute oui non
- ♦ Commentaires / vécu familial

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT :

- ♦ **Malade informé du diagnostic** oui non
⇒ Si la réponse est NON, qu'est-ce qui a été dit au malade ?
- ⇒ En cas de pronostic défavorable, le malade a été informé oui non
- ♦ **Vécu psycho-affectif du patient :**
 - anxiété / angoisses colère / agressivité demande d'euthanasie
 - déni troubles du sommeil
 - tristesse / dépression agitation / confusion
- ♦ Suivi psychologique en cours oui non équipe mobile de soins palliatifs
- ♦ Commentaires par rapport à la prise en charge à domicile

TRAITEMENTS

- ♦ **Traitements en cours :**
 - chimiothérapie à visée curative radiothérapie à visée curative
 - palliative antalgique
- ♦ **Prescriptions anticipées :** merci de compléter la feuille jointe
- ♦ **Traitements au domicile à prévoir**