

(Document confidentiel à remplir et à adresser au Pédiatre ou Sage-femme référente de l'H.A.D.)
 FAX n° : 05.57.12.34.31 ou s.haf@mspb.com

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Tél. :

La patiente/les parents sont tenus de fournir au 1^{er} jour de prise en charge en HAD, l'attestation de Sécurité Sociale + Mutuelle et selon le cas l'attestation « droits maternité »

♦ **Etablissement et Service Hospitalier :**

♦ Nom du médecin hospitalier référent :

♦ Coordonnées du médecin traitant et/ou pédiatre :

Le patient est également suivi par :

♦ Les médecins spécialistes suivants (merci de préciser qualité et lieu d'exercice)

□ Dr

□ Dr

♦ Psychologue, psychothérapeute, psychiatre :

♦ Services sociaux (*nom du référent*) :

♦ Tutelle ou curatelle (*nom du référent*) :

La demande de retour à domicile a été faite par :

le patient

la famille en priorité

médecin traitant

le patient en accord avec la famille

service hospitalier

autre

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr..... certifie que l'état de santé de :

- **Madame**

- **l'enfant**

ayant encore besoin d'une surveillance et de soins actifs, nécessite une prise en charge en Hospitalisation à Domicile.

A

le

Signature et tampon

La prise en charge est demandée pour : Mère

Enfant

Mère + enfant

Autorisation de prise en charge HAD :

signatures

Mère :

Père :

Tuteur :

Enfant :

DOSSIER D'ADMISSION HAD POUR GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Synthèse établie le / / par

<p><u>PATIENTE</u></p> <p><u>OBSTETRICIEN REFERENT</u></p> <p><u>NOM</u> : <u>Prénom</u> : <u>Date de naissance</u> : <u>Adresse</u> : <u>Téléphone</u> :</p>	<p><u>ANTECEDENTS G P</u> <u>ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET OBSTETRIQUES</u></p> <p>Poids : Taille IMC</p> <p>Groupe Rhésus <u>SEROLOGIES</u></p> <p>Toxo : Rub : BW : HIV : AgHbS : HepC : HGPO :</p> <p>Tabac : Alcool : Drogue :</p>
<p><u>HOSPITALISATION</u></p> <p><u>MOTIF</u> :</p> <p><u>Date</u> : <u>Durée du séjour</u> :</p> <p><u>TV d'entrée</u> : <u>Echographie</u> :</p> <p><u>RCF</u> :</p> <p><u>Bilans</u> :</p> <p><u>Traitements</u> : <u>Corticothérapie</u> : oui non dates</p>	
<p><u>SORTIE</u> autorisée par Dr</p> <p><u>Terme</u> :</p> <p><u>HU</u> : <u>CU</u> : <u>MAF</u> :</p> <p><u>Echo</u> :</p> <p><u>Bilan</u> :</p> <p><u>Ordonnances établies</u> :</p>	<p><u>Prochains RDV</u> :</p> <p>-<u>Consultation anesthésiste</u> :</p> <p>-<u>Consultation(s)</u> :</p> <p>-<u>Echographie(s)</u> :</p>
<p><u>NOMBRE DE PASSAGES SOUHAITES</u> :</p>	