

Merci d'adresser cette demande : Par fax :05.33.89.37.72

Ou par mail : had@plateforme33.fr

Documents à fournir

Courrier hospitalisation antérieure
Courriers consultations
Traitement habituel
Autre documents :
CR EMSP/USP/EM Gériatrie

Date de la demande : . . / . . /**Date entrée souhaitée en HAD :** . . / . . /**DOCUMENT CONFIDENTIEL****1/ PATIENT(E) :**

Nom : Prénom de naissance :
 Nom de naissance : Date de naissance : . . / . . /
 Age :
 Adresse de prise en charge : N° : Rue :
 Code postal : Commune :
 Tel fixe : Tel portable :
 ENVIRONNEMENT : Vit seul(e) Vit accompagné Vit en structure médico-sociale
 AIDANT : Lien : Nom :
 Tel :

2/ DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET NATURE DES SOINSDiagnostic connu du patient Diagnostic connu de la famille *ALD en rapport avec la prise en charge en HAD* oui non**3/ PROJET THERAPEUTIQUE :** Réhabilitation au domicile Accompagnement palliatif Poursuite des soins hospitaliers**4/ INTERVENANTS DEMANDES :**IDE Assistante Sociale Psychologue Kinésithérapeute Orthophoniste Sage Femme **5/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Docteur : Tel secrétariat :

Etablissement : Tel service :

Service : Fax et/ou mail :

6/ MEDECIN TRAITANT/ Réfèrent :

Docteur : Tel secrétariat :

Ville :

Je soussigné Docteur

Certifie que l'état de santé de M Né le : . . / . . /

Nécessite son admission dans un établissement d'Hospitalisation à Domicile

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