

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/ERRSPP

Date de la demande : . . / . . /

Date d'entrée souhaitée en HAD : . . / . . /

1/ PATIENT(E) :

Nom de naissance : Prénom :
Date de naissance : / / Age :
Adresse de prise en charge : N° : Rue :
Code postal : Commune :
Tél fixe : / / / /
Si second domicile : N° : Rue :
Code postal : Commune :
Tél fixe : / / / /
MERE : Portable : / / / /
PERE : Portable : / / / /
AUTORITE PARENTALE : mère père autre :
MEDECIN TRAITANT : Nom : Tél : / / / /
Ville :

2/ PATHOLOGIE ET NATURE DES SOINS

ALD en rapport avec la prise en charge en HAD oui non

3/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Docteur : Tél secrétariat : / / / /
Etablissement : Tél service : / / / /
Service : Fax et/ou mail :
Ont été informés de la demande d'HAD :
La famille : OUI NON Le patient : OUI NON
Le médecin traitant : OUI NON

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Cachet :