

(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 :

