



Merci d'adresser cette demande :
Par fax : 05 57 12 34 31
Ou par mail : plateformehad@mspb.com
hadpediatrie@mspb.com

Documents à fournir si possible

Courrier hospitalisation antérieure
Courriers consultations
Traitement habituel
CR ERRSPP/RCP

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

1/ PATIENT(E) :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Date de naissance : / /
Adresse(s) de prise en charge : N° : _____ Rue : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tel fixe : / / / /
N° : _____ Rue : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Tel fixe : / / / /

MERE : Nom / Prénom : _____ Portable : / / / /
PERE : Nom / Prénom : _____ Portable : / / / /
PERSONNE AYANT L'AUTORITE PARENTALE : Nom : _____ Portable : / / / /

MEDECIN TRAITANT : Nom : _____ Tel : / / / /

2/ PATHOLOGIE ET NATURE DES SOINS

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

3/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Docteur : _____ Tel secrétariat : / / / /
Etablissement : _____ Tel service : / / / /
Service : _____ Fax et/ou mail : _____

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

4/ AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE EN HAD :

signatures :

Mère : _____ Père : _____ Tuteur : _____ Enfant : _____