



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

Documents à fournir si possible

*Courrier hospitalisation antérieur
Courriers consultations
Traitement habituel
CR EMSP/USP/EM Gériatrie
RCP*

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

DOCUMENT CONFIDENTIEL

1/ PATIENT(E) :

Nom de naissance :

Prénom de naissance :

Nom usuel (exemple nom d'épouse) :

Date de naissance : / /
Age :

Adresse de prise en charge : N° : Rue :
Code postal :

Commune :

Tel fixe : / / / /

Tel portable : / / / /

ENVIRONNEMENT : Vit seul(e) Vit accompagné(e) Vit en structure médico-sociale

AIDANT : Lien :
Nom :
Tel : / / / /

MEDECIN TRAITANT :
Nom :
Tel : / / / /

2/ PATHOLOGIE ET NATURE DES SOINS

Diagnostic connu du patient

Diagnostic connu de la famille

3/ PROJET THERAPEUTIQUE

Réhabilitation au domicile Accompagnement palliatif Poursuite des soins hospitaliers

4/MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Docteur : Tel secrétariat : / / / /

Etablissement : Tel service : / / / /

Service : Fax et/ou mail :

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :