



Fiche Médicale de Demande d'Admission des Patients en HAD

Etiquette patient

Date: d'approbation : 8/12/2011

SUPP HAD 001/0

Page :1/1

La demande d'admission se fait uniquement par fax au : 04.67.33.06.62

Merci de fournir le plus d'informations médicales possible

Les demandes sont étudiées par le médecin coordonnateur de l'HAD, Dr Jérôme SIRVENTE

Date de la demande:

Date prévue d'HAD:

Identité du Médecin demandeur
(médecin senior)

Etablissement

Structure:

GSM:

U.I.C. :

Téléphone:

Adresse du Malade:

Téléphone:

Identité du Médecin traitant

Le médecin est il au courant de la demande
d'HAD?

Téléphone:

Oui Non

Motif médical d'admission

Nature des soins:

Pathologie Principale:

Diagnostic connu du malade

Oui Non

Diagnostic connu de la famille

Oui Non

Antécédents/Pathologie associée:

Traitement en cours:

Partie réservée à l'HAD:

Patient éligible HAD

Oui Non

Si oui réaliser évaluation médicale et paramédicale HAD

Si non justification du refus:

Appel du médecin prescripteur de l'HAD

Oui Non