



**Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe :

Tél. patient et/ou famille :

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

SERVICE

PATHOLOGIE PRINCIPALE

PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉE(S) ET/OU ANTÉCÉDENT(S) MAJEUR(S)

PROJET DE SOINS

Patient informé de l'admission en HAD

OUI

NON

Famille informée de l'admission en HAD

OUI

NON

Patient informé du diagnostic

OUI

NON

Famille informée du diagnostic

OUI

NON

Patient informé du pronostic

OUI

NON

Famille informée du pronostic

OUI

NON

PRATICIEN HOSPITALIER RÉFÉRENT

Nom :

Prénom :

Tél. :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin traitant :

Prénom :

Tél. :

Nom du médecin hospitalier :

Prénom :

Tél. :

Date :

Signature et cachet :