

**HAD DEAUVILLE**

Hôpital à Domicile

8 la brèche du bois RD 62, 14113 Cricqueboeuf

Tel. : 02 31 14 33 97 | Fax : 02 31 14 33 98

Messagerie sécurisée : had.polyclinique-deauville@lifen.mssante.fr(*)Merci de compléter
LA DATE D'ENTRÉE ESTIMÉE :

**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 :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Ville :

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 :