



HAD VAL de Loire

ZA Saint François - 5 rue de la chapelle, 37520 La Riche
 Astreinte Sages-Femmes : 06 14 40 18 39 (24h/24 - 7j/7)
 Obstétricien HAD 07 76 14 41 65
 Standard : 02 47 77 44 20 | Fax : 02 47 77 44 21
 Messagerie sécurisée* : uniteperinatale.hadvaldeloire@lifem.mssante.fr
 ou à défaut : uniteperinatale.hadvaldeloire@lna-sante.com

Merci de compléter :
 Demande urgente
 Demande programmée
 DATE SOUHAITÉE :

* 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 PERINATALE

Ante-Partum

Merci de remplir le formulaire ci-dessous ou de coller l'étiquette de la patiente.

PATIENTE

Nom usuel de la patiente : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance : Téléphone :
 Adresse :
 La patiente est informée et accepte la prise en charge en HAD

MOTIF DE PRISE EN CHARGE / ATCD MAJEURS

DDG : TERME : Gestité / Parité :

PROJET DE SOINS ET SURVEILLANCE SOUHAITÉE

SURVEILLANCE CLINIQUE *

* Minimum ≥ 3 visites SF à domicile par semaine

Maternelle Automesure TA / jour
 BU / par semaine
 BDC 3 / semaine
Foetale RCF avec VCT 1 / 48h
 1 / jour
 ILA / par semaine

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

Merci d'indiquer la fréquence souhaitée :

NFS-Plaquettes Iono Bilan hépatique Prot/créat
 Bilan coagulation Créat Sels biliaires Prot 24h
 Réticulocytes Urée Haptoglobine PV
 Ferritine CRP TSH ECBU

SUIVI PSYCHO - SOCIAL

Suivi déjà initié : Oui Non
 Professionnels référents : Prochains RDV :
 Besoin d'accompagnement psycho-social en HAD souhaité : Oui Non
 Préciser :

TRAITEMENTS EN COURS OU A INSTAURER

Merci de nous transmettre le courrier de sortie, les ordonnances, les examens biologiques, les échographies, etc.

PRESCRIPTEUR

Nom / Prénom / Fonction : Téléphone :
 Médecin référent (si différent du prescripteur) : Service :
 Date : Signature :