



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@lifen.mssante.fr

ou à défaut : uniteperinatale.hadvaldeloire@lna-sante.com

* 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. A défaut de messagerie sécurisée, utilisez l'adresse mail uniteperinatale.hadvaldeloire@lna-sante.com

Merci de compléter :

Demande urgente

Demande programmée

DATE SOUHAITÉE :

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD PERINATALE

Post-Partum

Merci de remplir le formulaire ci-dessous ou de coller l'étiquette de la patiente / nouveau-né(s).

PATIENTE

Nom usuel de la patiente :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Tél patiente :

Adresse :

.....

NOUVEAU-NÉ(S)

Nom : ♂ ♀

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Nom : ♂ ♀

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Patiente / Famille informée et d'accord avec la prise en soins par l'HAD : Oui Non

Date d'accouchement : Au terme de : Gestité / Parité :

PATHOLOGIE(S) et/ou antécédent(s) majeur(s) :
.....

MOTIF(S) DE PRISE EN CHARGE ET PROJET DE SOINS

Indication maternelle

Soins / pansement complexes Préciser :

HTA / Pré-éclampsie

Traitement IV (Préciser ci-dessous)

Troubles mictionnels

Allaitement maternel ; soutien à la mise en place et/ ou complications

Problème psychosociaux associés à une indication médicale

Référents : Assistante sociale :/ Psychologue :

Autres indications :

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

NFS - plaquettes PV Autres :

Bilan HTA ECBU

Merci d'indiquer la fréquence
et/ou le jour souhaité :

Indication pédiatrique

Surveillance pondérale du nouveau-né (Difficultés d'alimentation / prématurité / hypotrophie)

Surveillance ictère néonatal / Photothérapie à domicile

Soutien à la parentalité (accompagnement dans les soins au retour à domicile)

Autres :

TRAITEMENTS EN COURS OU À INSTAURER

.....

Merci de nous transmettre le courrier de sortie, les ordonnances, le compte rendu d'accouchement, les examens biologiques, etc.

PRÉSCRIPTEUR

Nom / Prénom / Fonction :

Téléphone :

Médecin référent (si différent du prescripteur) :

Service :

Date :

Signature :