

PRESCRIPTION D'ADMISSION HAD HAUTE SAVOIE SUD

À retourner signée auprès de l'établissement par fax: 04 50 51 36 67 ou mail contact.hadh2s@lna-sante.com

PATIENT :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

COORDONNEES DES ACCOMPAGNANTS :

NOM Prénom :

Numéro de téléphone :

Accord famille du patient

PRESCRIPTEUR :

Médecin prescripteur : Téléphone :

Service :

Médecin traitant : Téléphone :

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

ANTECEDENTS :

PROJET DE SOINS/ MOTIF DE PEC :

Etat Clinique actuel : Valide Grabataire

AVQ : Autonome Aide à la toilette Aide aux transferts

Douleur : Chronique Aigüe Echelle utilisée : Score :

Pansement (joindre une photo) : Type : Durée : Fréquence :

Voie d'abord :

Traitements :

Environnement médico-social : Entourage à domicile : 24H/24

Auxiliaire de vie :

IDEL :

Assistante Sociale :

KINEL :

Plan d'aide en cours :

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Signature et cachet du
médecin prescripteur :

à remplir par l' HAD

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL:

- SOINS PALLIATIFS
- DOULEUR
- PANSEMENTS COMPLEXES
- SOINS DE NURSING LOURDS
- ASSISTANCE RESPIRATOIRE
- ALIMENTATION ENTERALE
- ALIMENTATION PARENTERALE
- REEDUCATION
- TRAITEMENT INTRAVEINEUX POST
- CHIMIO/RADIOTHERAPIE
- POST CHIRURGIE

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE:

- SOINS PALLIATIFS
- DOULEUR
- PANSEMENTS COMPLEXES
- SOINS DE NURSING LOURDS
- ASSISTANCE RESPIRATOIRE
- ALIMENTATION ENTERALE
- ALIMENTATION PARENTERALE
- REEDUCATION
- TRAITEMENT INTRAVEINEUX
- POST CHIMIO/RADIOTHERAPIE
- POST CHIRURGIE

Demande reçue par :

Avis médical :

Accord direction :