

**MdzHADé**

Hôpital à Domicile de Mayotte

1 impasse Maharajah, Z.I. Kawéni, 97600 Mamoudzou

Tél. : 0269 63 56 80

Messagerie sécurisée : had-mayotte@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 :

Adresse :

Sexe :

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 :