

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**  
**Fiche de connaissance de la personne soignée**

**☎ HAD : 02 35 59 59 63 - Fax HAD : 02 35 59 59 67**

Etablissement : ..... Service ou Unité : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....  
Nom du cadre infirmier : ..... Ligne directe : ...../...../...../...../.....  
Nom de l'Assistant(e) social(e) : ..... Ligne directe : ...../...../...../...../.....  
Date d'hospi. dans le service d'origine : ...../...../..... Date de la demande : ...../...../.....

**Patient :**

Nom usuel : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
Nom de naissance : ..... Sexe : F  M   
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....  
N° Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ALD : Oui  Non

*(Joindre impérativement l'attestation de Sécurité Sociale et Mutuelle)*

**Situation familiale :**

Célibataire  Concubinage  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf   
Enfants : Oui  Non  Vivant au domicile : Oui  Non

**Lieu de vie :**

Domicile  Chez un tiers  Maison  Appartement

**Personne à prévenir :**

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Tél : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....  
Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Tél : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

**Personne de confiance :**

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....  
Tél : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Adresse : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....  
Accord médecin traitant : Oui  Non

**Volet social (Nature des revenus) :**

En activité  Invalide SS  Chômage  Retraité   
RMI/RSA  ACTP ou PCH  AAH  APA

**Démarche à prévoir :**

.....

☎ HAD : 02 35 59 59 63 - Fax HAD : 02 35 59 59 67

Nom du médecin prescripteur : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Date de la demande :...../...../.....

Patient : Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

*Diagnostic principal :*

*Diagnostics associés :*

*ATCD (médicaux et chirurgicaux) :*

Patient infecté : Oui  Non  BMR  Allergies  Molécule.....

**Mode de prise en charge :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire        | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie               | <input type="checkbox"/> Surveillance post chimio      |
| <input type="checkbox"/> Soins Palliatifs               | <input type="checkbox"/> Douleur                      | <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourds       |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale             | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale        | <input type="checkbox"/> Pansement complexe            |
| <input type="checkbox"/> Education patient/entourage    | <input type="checkbox"/> PEC psychologique et sociale | <input type="checkbox"/> Perf. voie sous cutanée       |
| <input type="checkbox"/> Perfusion voie d'abord périph. | <input type="checkbox"/> Perfusion sur CIP            | <input type="checkbox"/> Post traitement chirurgical   |
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthopédique       | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique     | <input type="checkbox"/> Surveillance des aplasies     |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie                  | <input type="checkbox"/> Traitements intraveineux     | <input type="checkbox"/> Evaluation anticipée en Ehpad |

**Données psychologiques :**

Le diagnostic est-il connu du patient : Oui  Non  De la famille : Oui  Non

Le pronostic est-il connu du patient : Oui  Non  De la famille : Oui  Non

Le patient ou la famille ont-ils déjà bénéficié d'un accompagnement psychologique ?

Oui  Non  Si oui par qui : .....

*Signature obligatoire du médecin demandeur.*

*Cachet obligatoire.*

**Réservé HAD du Cèdre :**

Avis Médecin Praticien d'HAD :  
Patient admis en HAD pour une durée maximum de .....  
Mois\*.

Aux motifs d'entrée MP1..... MP2..... IK.....

Date / Signature du Médecin Coordonnateur :

Accord du Médecin Traitant : Oui  Non

Patient refusé ou ajourné pour le(s) motif(s) suivant(s) :

\* Toute prolongation devra faire l'objet d'une nouvelle demande de prise en charge par le Médecin Traitant dix jours avant l'échéance de la présente.



950, rue de la Haie – 76235 BOIS-GUILLAUME CEDEX



<http://clinique-du-cedre.fr>



- Médecins Praticiens : Docteur Philippe POURCELLE  
Docteur Ludivine GERVAIS 02.35.59.59.65
- Directrice des Soins Infirmiers, Cécile DULONG : 02.35.59.59.39
- Cadre de Santé, Virginie EMIN : 02.35.59.58.94
- Infirmières de liaison : Elsa BALZAC-CAHOT  
Vanessa MERCIRIS 06.31.64.38.26
- Infirmières Coordinatrices :
  - ✓ Adèle BELLONCLE : 06.10.37.46.24
  - ✓ Cécile GOUERRE : 06.18.01.66.72
  - ✓ Laurence LANGLOIS : 06.18.01.65.46
  - ✓ Elise NOURTIER : 06.18.01.66.34
- Coordinatrice Administrative, Catherine OUIN : 02.35.59.58.00
- Assistante Sociale, Isabelle DANTEN : 02.35.07.70.42
- IDE Stomathérapeute, Maggy LESUEUR : 02.35.59.59.57
- Psychologue, Florence THIAM : 02.35.59.59.50
- Diététicienne, Amélie MORISSE : 06.85.49.99.49
- Socio-esthéticiennes, Bernadette COUETTE / Fanny FAUCON
- FAX : 02 35 59 59 67