

Adresse :

Chemin de la Bretèque
76233 BOIS GUILLAUME Cedex

☎ 02 35 59 40 90

Fax 02 35 59 40 50

✉ had.bguillaume@croix-rouge.fr

Médecins praticiens :

Docteur Matthieu STIPON (☎ : 02 35 59 40 72)

Docteur Sophie GOUERANT (☎ : 02 35 59 40 47)

Assistantes sociales :

Nassira DJOUBRI

Camille LOGER

Directeur des soins :

Florian DESCHAMPS (☎ 02 35 59 40 51)

Secrétaires médicales :

Sylvie CARLIN

Mégane CARTON

Sandrine TIERCELIN

Infirmières coordinatrices :

Anaïs LEFEBVRE

Justine GOUY

Laurine GOUY

Ophélie GRENIER

Anaïs PENOT

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE

Nom du patient : _____

L'évaluation du patient sera organisée par l'équipe de coordination de l'HAD dès réception du dossier complet de demande de prise en charge (demande de prise en charge + ordonnances + compte rendu)

Coordonnées du patient :

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance :
Adresse complète :

Tél. fixe : Portable :
Vit seul : Oui Non Personne à prévenir :
Téléphone:

Médecin prescripteur de l'HAD :

Nom : Prénom : Téléphone:
Adresse ou service : Fax :
Adresse mail :
Le médecin traitant est-il informé de cette demande : oui non

Médecin traitant :

Nom : Prénom :
Adresse : Téléphone :
Adresse mail : Fax :

Autres Intervenants :

SSIAD :
Auxiliaire de Vie :
Infirmière libérale :

VOLET MEDICAL

Pathologie principale du patient :

Antécédent(s) :

Merci de joindre un compte-rendu dans la mesure du possible

Suivi hospitalier : oui non Médecin référent : _____

Mode(s) de prise en charge demandé(s) :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique et/ou sociale |
| <input type="checkbox"/> Traitement de la douleur (par dispositif programmable ou non) | <input type="checkbox"/> Surveillance post-chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes | <input type="checkbox"/> Education du patient / entourage |
| <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourds | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Traitements par voie veineuse (hospitalier, antibiothérapie) | <input type="checkbox"/> Surveillance de chimiothérapie à domicile |
| <input type="checkbox"/> Ferinject® (joindre l'ordonnance de la dose à administrer) | <input type="checkbox"/> Protocole de surveillance Covid-19 à domicile |
| <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire (O ² , VNI, apnée du sommeil) | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale | <input type="checkbox"/> Autres traitements |
| <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale | |
| <input type="checkbox"/> Post-traitement chirurgical | |

État du patient :

Etat respiratoire :

Oxygénothérapie Oui Non
Trachéo Oui Non

Alimentation :

Aucune Per os Entérale Parentérale
Prépare seul(e) son repas Oui Non
Mange seul(e) Oui Non
Risque de fausses routes Oui Non

Lésions cutanées :

Oui Non
Plaie opératoire Escarres Ulcères
Siège : _____

Douleur :

Patient douloureux : Oui Non

Autonomie :

Alité en permanence Oui Non
Fait ses transferts Oui Non
Aide pour la toilette Oui Non
Toilette Partielle Toilette Complète
Stomie digestive Oui Non
Stomie urinaire Oui Non
Altération de l'état cognitif Oui Non

Information complémentaires et traitement :

Merci d'envoyer l'ordonnance du traitement souhaité avec la demande

Date de la demande : ____/____/____

Souhait de la date de prise en charge : ____/____/____

Signature et cachet
du médecin demandeur de l'HAD