

3 rue Pasteur – 34120 PEZENAS

Tél : 04.67.90.41.74

Fax : 04.67.90.41.76

had.pasteur@capsante.fr

**HAD PASTEUR**

**DOSSIER DE DEMANDE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

**A retourner complété par fax au 04.67.90.41.76**

**ou mail**

[had.pasteur@capsante.fr](mailto:had.pasteur@capsante.fr)

SERVICE DEMANDEUR

Date de la demande :

Identité du prescripteur :

Identité de l’établissement prescripteur :

Identité du patient :

Date souhaitée d’entrée en HAD :

**Merci de joindre impérativement l’ordonnance du patient ainsi que les protocoles nécessaires**

**à sa bonne prise en charge.**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

|  |
| --- |
| **Identité du patient :**  Nom de naissance :  Nom marital :  Prénom :  Date de naissance : |
| **Coordonnées du patient :**  Adresse :  Numéro de téléphone : |
| **Personne à prévenir**  Nom :  Prénom :  Lien :  Numéro de téléphone : |
| **Organismes de prise en charge**  Numéro de sécurité sociale :  Nom de la caisse d’assurance maladie :  Nom de la mutuelle :  ALD : OUI/ NON (Rayer la mention inutile) |

PRISE EN CHARGE

**Motif de prise en charge :**

* Assistance respiratoire\*
* Nutrition parentérale\*
* Traitement intraveineux
* Soins palliatifs
* Chimiothérapie anticancéreuse
* Nutrition entérale\*
* Prise en charge de la douleur\*
* Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
* Post-traitement chirurgical
* Rééducation orthopédique\*
* Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
* Soins de nursing lourds\*
* Education du patient et/ou de son entourage
* Prise en charge psychologique et/ou sociale

**\*Ces rubriques sont à associer à d’autres PEC, car seules elles ne relèvent pas de l’HAD**

**Histoire clinique :**

**Antécédents du patient :**

**Allergie(s) connue(s) :**

**Poids / Taille :**

**Soins à effectuer :**

PROFESSIONNELS LIBERAUX

**Médecin traitant :**

**Médecin(s) spécialiste(s) :**

**Infirmière(s) libérale(s) :**

**Autres :**