



**HAD SARREGUEMINES**  
 Tél : 03.87.06.60.54  
 Fax : 03.55.45.81.84  
 @ : inf-had@ch-sarreguemines.fr

Etiquette ou Nom,  
Prénom, Date de  
naissance du patient

**HOSPITALISATION A DOMICILE**

**DEMANDE D'ADMISSION**

Date de la demande : ...../...../.....  1<sup>ère</sup> admission  Réadmission



**HADALU (Luneville)**  
 Tél : 03.83.76.14.13  
 Fax : 03.83.76.15.55  
 @ : hadalu@ch-luneville.fr

**HAD DIEUZE**  
 Tél : 03.87.05.07.89  
 Fax : 03.87.05.80.39  
 @ : idec.had@dieuze-hopital.fr



**HAD OHS**  
 Tél : 03.83.86.91.41  
 Fax : 03.83.86.91.75  
 @ : had.cadres@ohs.asso.fr



**HAD FREYMING-MERLEBACH**  
 Tél : 03.87.81.84.42  
 Fax : 03.87.81.84.43  
 @ : ide-had.hf@filieris.fr



**HAD SARREBOURG**  
 Tél : 03.87.23.25.38  
 Fax : 03.87.23.25.95  
 @ : C.Chevillard@ch-sarrebourg.fr

**PRESCRIPTEUR :**

Etablissement de Santé : .....  
 Service : ..... Fax : .....  
 Médecin : Dr..... Tél : .....  
 Médecin traitant : Dr.....  
 Adresse : .....  
 Tél : ..... Fax : .....  
 Mail : .....

**Signature et cachet du Prescripteur :**

**PATIENT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Lieux où se trouve le patient :  Service  Domicile  Ets Médicaux-sociaux  
 Autres : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél : .....  
 Patient informé :  du diagnostic  du Pronostic  Non informé

**Situation sociale :**

Situation de famille :  
 Marié(e)  Concubinage  Pacsé (e)  Veuf (ve)  Divorcé (e)  Célibataire  
 Vit :  Seul (e)  En couple  Chez un enfant  Chez un aidant  
 Protection juridique :  capable majeur  tutelle  curatelle  démarches en cours  
 mise sous sauvegarde de justice  
 Entourage présent :  oui  non  
 Aidant principal :  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien de parenté : ..... Tél : .....  
 Personne de confiance :  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien de parenté : ..... Tél : .....

Prénom, Date de  
naissance du patient

**DEMANDE D'ADMISSION**

Motifs de Prise en Charge Principaux		Motifs de Prise en Charge Associés
<input type="radio"/> Soins palliatifs <input type="radio"/> Prise en charge de la douleur <input type="radio"/> Traitement IV <input type="radio"/> Nutrition parentérale, Nutrition entérale <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance post chimiothérapie <input type="radio"/> Surveillance de radiothérapie <input type="radio"/> Surveillance d'aplasie <input type="radio"/> Transfusion <input type="radio"/> COVID-19	<input type="radio"/> Rééducation neurologique (5x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (5x/sem.) <input type="radio"/> Education du patient/entourage <input type="radio"/> Pansement complexes <input type="radio"/> Soins post traitement chirurgical <input type="radio"/> TPN <input type="radio"/> Surveillance grossesse à risque <input type="radio"/> Post-partum pathologique	<input type="radio"/> Soins de nursing lourds <input type="radio"/> PEC Psychologique et/ou sociale <input type="radio"/> Assistance respiratoire (O2, VNI, ...) <input type="radio"/> Rééducation orthopédique (3x/sem.) <input type="radio"/> Rééducation neurologique (3x/sem.)  <input type="radio"/> Autres : ..... <input type="radio"/> Précisions : .....

**Diagnostic principal et histoire de la maladie**

Date d'entrée **souhaitée** en HAD : ...../...../..... (La date d'admission est fixée par le service d'HAD)

**Projet thérapeutique (Joindre impérativement les prescriptions médicales)**

Soins à détailler : type, fréquence, ... :  
 .....  
 .....  
 .....  
 Protocoles à appliquer :  
 .....  
 .....  
 Surveillances particulières et précautions :  
 .....  
 .....

BMR : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Allergies : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non .....
---	---

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :
------------------------	----------------------------

--	--

**IMPERATIF :**

- Avec la demande, **joindre obligatoirement le traitement médical** en cours et/ou de sortie.
- Pour la sortie, **faxer l'ordonnance de sortie et un CR médical d'hospitalisation.**

<b>Cadre réservé à l'HAD</b>	
Patient éligible en HAD : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Motif de refus : .....	
Nom du médecin coordinateur : Dr .....	Signature : .....

Etiquette ou Nom,  
Prénom, Date de  
naissance du patient

**HOSPITALISATION A DOMICILE**

**DEMANDE D'ADMISSION**

Voie d'administration du Traitement	<input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> VVP <input type="radio"/> VVC : (voie et côté) : ..... <input type="radio"/> CIP <input type="radio"/> Aiguille de Huber posée le : ..... Taille : ..... G Longueur : .....mm
-------------------------------------	---

**Recueil de données**

<b><u>Douleur :</u></b>  <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Siège de la douleur : ..... Type : ..... <input type="radio"/> A la mobilisation <input type="radio"/> Diurne <input type="radio"/> Nocturne Evaluation : <input type="radio"/> EVA <input type="radio"/> EN <input type="radio"/> Autres : ..... Valeur : ..... Traitement antalgique : <input type="radio"/> Per os <input type="radio"/> Patch <input type="radio"/> S/C <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> PSE <input type="radio"/> PCA
<b><u>Etat cutané :</u></b>  <input type="radio"/> Absence de lésion cutanée	Evaluation du risque d'escarre : <input type="radio"/> Norton : ...../20 <input type="radio"/> Braden : ...../23 Matelas anti escarre : <input type="radio"/> A mémoire de forme <input type="radio"/> A air <input type="radio"/> Rougeur <input type="radio"/> Plaie <input type="radio"/> Escarre Localisation : ..... Type : ..... Protocole : ..... Durée du pansement : <input type="radio"/> < 30 min <input type="radio"/> > 30 min
<b><u>Respiration :</u></b>  <input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Dyspnée <input type="radio"/> Encombrement <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> O2 : débit : .....L/mn durée : ...../24h <input type="radio"/> Aérosols : type : ..... fréquence : ...../j <input type="radio"/> Trachéotomie : réalisée le : ...../...../..... type canule : .....
<b><u>Locomotion :</u></b>  <input type="radio"/> Se déplace seul	<input type="radio"/> Marche difficile <input type="radio"/> Marche avec aide <input type="radio"/> Canne <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Lever au fauteuil <input type="radio"/> Lever avec soulève malade <input type="radio"/> Grabataire <input type="radio"/> Hémiplégie droite <input type="radio"/> Hémiplégie gauche <input type="radio"/> Amputation : ..... <input type="radio"/> Appareillage : ..... Chute dans les 12 mois précédents : <input type="radio"/> non <input type="radio"/> non connu <input type="radio"/> oui   Nb de chutes : .....
<b><u>Neurologique et vécu psychologique :</u></b>	<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Troubles de l'humeur <input type="radio"/> Troubles de la vigilance <input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Autres : .....
<b><u>Communication :</u></b>  <input type="radio"/> Communication verbale normale	<input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Impossible <input type="radio"/> Malvoyant <input type="radio"/> Surdité Langue parlée : ..... Compréhension : .....
<b><u>Habillement :</u></b>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète
<b><u>Hygiène :</u></b>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle au lit <input type="radio"/> Aide partielle au lavabo <input type="radio"/> Toilette complète au lit <input type="radio"/> Soins de bouche : Protocole : .....
<b><u>Alimentation :</u></b>	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète <input type="radio"/> Régime normal <input type="radio"/> Autre : ..... <input type="radio"/> A jeun strict <input type="radio"/> Nausée <input type="radio"/> Vomissements <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Perte d'appétit <input type="radio"/> Fausses routes <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> Gastrostomie <input type="radio"/> Jéjuno-stomie   Posée le : ...../...../..... <input type="radio"/> Nutrition entérale ( <i>Produit et quantité</i> ) : .....
<b><u>Elimination urinaire :</u></b>	<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Autre : ..... <input type="radio"/> Sonde vésicale : CH N° : ..... <input type="radio"/> Stomie urinaire <input type="radio"/> Cystocath   Posé(e) le : ...../...../.....
<b><u>Elimination fécale :</u></b>	<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Constipation <input type="radio"/> Diarrhées <input type="radio"/> Change complet <input type="radio"/> Stomie   Posée le : ...../...../..... <input type="radio"/> Autre : .....
<b><u>Sommeil :</u></b>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Insomnies <input type="radio"/> Agitation nocturne <input type="radio"/> Barrières la nuit <input type="radio"/> Somnifère