

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD****ORIGINE DE LA DEMANDE D'HAD**

Etablissement demandeur : ..... Médecin demandeur : .....  
Service : ..... N° de chambre : .....  
Motif de la prise en charge en d'HAD : .....  
Date d'entrée en HAD souhaitée : ...../...../.....  
Informé(s) de la prise en charge en HAD : Patient(e) :  Oui  Non Aidant(s) :  Oui  Non

**IDENTITE DE LA PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE**

Nom : Mr ou Mme..... Prénom(s): .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
N° de Sécurité Sociale : .....  
Adresse : .....  
N° Téléphone : ...../..... Mail : .....

**PERSONNE A CONTACTER**

Nom : Mr ou Mme..... Prénoms : .....  
Téléphone : ..... Lien : .....

**TRAITEMENTS**

**Merci de nous faire parvenir l'ordonnance du traitement en cours et du traitement de fond/habituel (si concerné)**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Pathologie principale : .....  
Pathologie(s) associée(s) :  
● ..... ● .....  
● ..... ● .....  
Autonomie :  Autonome  Semi-Autonome  Alité(e)  
Diagnostic connu :  Du patient  De la famille  
Consultation d'annonce réalisée :  Oui  Non Si oui, à quelle date : ...../...../.....  
Antécédents médicaux et chirurgicaux :  
● ..... ● .....  
● ..... ● .....  
**Allergie(s) :** .....  
Porteur de BMR/BHRe :  Oui  Non (Si oui, antibiogramme si disponible)  
Oxygène/Aérosols :  Oui  Non Si oui, débit : .....  
Pansements :  Oui  Non Si oui, localisation(s) : ..... Protocole : .....