Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises – Fécamp	**DOSSIER PATIENT HAD ESTUAIRE**	Date d'application 24/08/2018
	PROPOSITION D'ADMISSION	Réf. Qualité Ennov **QUA-1709** Version : 2

A Transmettre par fax au 02 27 30 28 31 OU par email **: had@ch-fecamp.fr**

Date de la demande : / / Sexe : ☐ F ☐ H

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : .....à.....

Conjoint : ..... Tél : .....

Enfant : ..... Tél : .....

Tutelle / Curatelle : ..... Tél : .....

Adresse de prise en charge en HAD

Chez M ....N° : .....

Téléphone du patient : ..... Ville : .....

Personne à contacter : ..... Tél : .....

INFORMATION DU PATIENT / ENTOURAGE DE LA PROPOSITION D'HAD : ☐ OUI ☐NON

HOPITAL :..... Service : ..... Cadre de santé : .....

MEDECIN : DR..... Tél :..... Fax : .....

MEDECIN TRAITANT : DR ..... Tél : ..... Date entrée en Hospitalisation :.....

DIAGNOSTIC MEDICAL.....

. .....

.....

.....

ANTECEDENTS .....

.....POIDS : .....TAILLE : .....

Soins prévisionnels ☐ **Soins palliatifs** ☐ Prise en charge psychologique ou sociale

☐ Assistance respiratoire	☐ Nutrition entérale	☐ Stomie	☐ Antibiothérapie
☐ Trachéotomie	☐ Nutrition parentérale	☐ Pansements complexes	☐ Toilette partielle
☐ Douleur	☐ Voie centrale	☐ Education du patient	☐ Toilette complète

Personne

☐ Valide	☐ Incontinence urinaire	Perfusion ☐ Injection IV
☐ Non valide	☐ Incontinence fécale	☐ Injection SC

ASSISTANTE SOCIALE A CONTACTER :..... Tél : .....

DUREE PREVISIONNELLE DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD : ..... DATE D'ENTREE SOUHAITEE : .....

Prescription médicale d'HAD

Identification du médecin prescripteur : ..... **Cachet & signature** :

Service : .....