

MEDECIN DEMANDEUR / SERVICE/ETABLISSEMENT : **TEL :**
MEDECIN TRAITANT

IDENTITE DU PATIENT

Nom - Prénoms : ----- DDN : -----
 Nom de jeune fille : -----
 N° de sécurité Sociale : -----
 Adresse : -----

 Tél. : 0590-----/0690-----

PERSONNE REFERENTE

Nom : ----- Prénom : ----- Lien : -----
 Adresse : ----- Tél : -----

MOTIF MEDICAL MOTIVANT P'HAD

DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE : OUI NON

PATHOLOGIE (S) ASSOCIEE (S) :

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Récupération d'autonomie | <input type="checkbox"/> Réadaptation au domicile |
| <input type="checkbox"/> Stabilisation de l'état actuel | <input type="checkbox"/> Cicatrisation (escarre, ulcère, plaie, plaie chirurgicale) |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et d'accompagnement | <input type="checkbox"/> Poursuite de soins de type hospitalier |
| <input type="checkbox"/> Exitus à domicile envisagé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Antibiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique | |

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

- | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Valide | <input type="checkbox"/> Déambule | <input type="checkbox"/> lit/fauteuil | <input type="checkbox"/> Grabataire | <input type="checkbox"/> T. de conscience |
| <input type="checkbox"/> T. de déglutition | <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> Sonde | <input type="checkbox"/> Stomie | <input type="checkbox"/> Oxygène-dépendant |
| <input type="checkbox"/> Escarres | <input type="checkbox"/> autres plaies : | | <input type="checkbox"/> Antalgique | |
- Dénutrition :** oui non ne sais pas **Dernier résultat d'albuminémie et date :**
Infection BMR : oui si oui, site et germe :

CHARGE EN SOINS :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soins d'accompagnement et d'éducation | <input type="checkbox"/> Evaluation de la douleur | <input type="checkbox"/> Toilette |
| <input type="checkbox"/> Soins d'incontinence | <input type="checkbox"/> Soins de stomie | <input type="checkbox"/> pansement |
| <input type="checkbox"/> Insulinothérapie | <input type="checkbox"/> Soins d'escarres | <input type="checkbox"/> nutrition entérale |
| <input type="checkbox"/> Réhydratation SC | <input type="checkbox"/> héparine SC | <input type="checkbox"/> Injection IM : |
| <input type="checkbox"/> Perfusion IV | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale | <input type="checkbox"/> chambre implantable |
| <input type="checkbox"/> Voie périphérique | <input type="checkbox"/> Voie centrale | |

AUTRES INTERVENANTS DEMANDES

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthophonique | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : <input type="checkbox"/> Non indiquée | <input type="checkbox"/> En cours | <input type="checkbox"/> A prévoir | <input type="checkbox"/> Objectifs |
| Déjà suivi ⇒ L'équipe mobile de soins Palliatifs : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non |
| ⇒ L'équipe de liaison en soins d'addictologie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non |
| ⇒ Les Associations de Bénévoles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non |

Fait a :

Le :

Signature du Médecin

CRITERES D'ADMISSION EN HAD

- ❖ Assistance respiratoire
- ❖ Nutrition parentérale/ Nutrition entérale
- ❖ Traitement intra-veineux
- ❖ Soins palliatifs
- ❖ Chimiothérapie anti-cancéreuse
- ❖ Prise en charge de la douleur
- ❖ Pansements complexes et soins spécifiques
- ❖ Post traitement chirurgical
- ❖ Rééducation orthopédique
- ❖ Rééducation neurologique
- ❖ Surveillance post-chimiothérapie
- ❖ Soins de nursing lourds
- ❖ Education du patient et de son entourage
- ❖ Surveillance d'aplasie
- ❖ Prise en charge psychologique ou sociale
- ❖ Prise en charge Covid -19/ Post -Covid 19