

**PRESCRIPTEUR**

Dr (NOM – Prénom) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant \_\_\_\_\_ Informé de la demande HAD :  Oui  Non

**PATIENT**

NOM de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ DDN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : H - F  
 Adresse complète \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  Tutelle  Curatelle, Organisme : \_\_\_\_\_  
 Actuellement le patient se trouve :  A domicile  En EHPA  En EHPAD  En Etablissement  
 Entourage du patient :  
 Pers. de confiance : NOM - Prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
 Pers. à prévenir : NOM - Prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

**PROFESSIONNELS IDENTIFIES AU DOMICILE**

IDEL : \_\_\_\_\_  
 Pharmacie d'officine : \_\_\_\_\_

**LA PRISE EN CHARGE HAD**

Motif de la prise en charge :  Soins Palliatifs  Pansements complexes / Plaies  Rééducation  
 Autre \_\_\_\_\_

Histoire médicale: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antécédents \_\_\_\_\_  
 Allergies \_\_\_\_\_ Statut infectieux \_\_\_\_\_  
 A transmettre avec la demande :  Dernier CR Hospitalier  Bilan biologique  Traitement en cours

**ASPECT PSYCHOSOCIAL**

Le diagnostic est-il connu du patient ?  Oui  Non - De l'entourage ?  Oui  Non  
 Le pronostic est-il connu du patient ?  Oui  Non - De l'entourage ?  Oui  Non  
 Le retour/maintien à domicile est-il souhaité par le patient ?  Oui  Non  
 Par l'entourage ?  Oui, qui : \_\_\_\_\_  Non  
 Le patient est-il informé de la demande HAD ?  Oui  Non  
 Le patient a-t-il besoin d'un accompagnement psycho ?  Oui  Non - L'entourage ?  Oui  Non  
 Evaluation sociale initiée ?  Oui  Non Aide humaine en place  Oui  Non organisme : \_\_\_\_\_

**DEGRE D'URGENCE**

Urgent  Dans la semaine  Non urgent  
 Date souhaitée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_