HAD Service d'Hospitalisation à Domicile

FONDATION LEOPOLD BELLAN MAGNANVILLE

YVELINES NORD

FONDATION LÉOPOLD BELLAN

PERMANENCE DES SOINS 24/7

01 30 98 19 84

FAX : 01 30 98 19 69

INFIRMIÈRE DE LIAISON : 06 40 33 70 97

MAIL : idelia.had.magnanville@fondationbellan.org

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HAD

DATE DE LA DEMANDE

PATIENT

Nom / Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Médecin Traitant : _____

Entourage (coordonnées) : _____

MEDECIN

☐ Médecin hospitalier ☐ Médecin traitant

Nom / Prénom : _____ Etablissement : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Mail : _____ Fax : _____

- ☐ Assistance respiratoire *(VI/ VNI)*
- ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Traitement Intraveineux *(antibiothérapie, Ferinject, ...)*
- ☐ Soins Palliatifs
- ☐ Nutrition entérale par sonde (SNG, gastrostomie, ...)
- ☐ Prise en charge de la douleur
- ☐ Rééducation neurologique
- ☐ Rééducation orthopédique
- ☐ Surveillance post chimiothérapie
- ☐ Surveillance radiothérapie
- ☐ Chimiothérapie anticancéreuse
- ☐ Soins de nursing lourds *PEC >2h par jour*
- ☐ Education patient / entourage
- ☐ Prise en charge Psychologique et/ou Sociale
- ☐ Surveillance post chirurgie
- ☐ Pansements complexes

MOTIF DE LA DEMANDE

ANTECEDENTS NOTABLES

joindre les derniers compte-rendus d'hospitalisation

TRAITEMENT

joindre l'ordonnance

STATUT INFECTIEUX

☐ Présence BMR

Signature et cachet du médecin