

DOSSIER DE DEMANDE HAD

Signalement du :

Nom et Prénom : Nom de J.F :

Date de naissance : Lieu de Naissance :

Adresse :

Situation Familiale : Nombre d'enfants :

Tél :

Prescripteur : Signature et cachet du Médecin qui remplit la demande :

Docteur : Etablissement :

Service : Date d'entrée : Sortie prévue le :

Tel du service :

Signature et cachet du médecin :

Coordonnées de l'entourage :

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Tél</u>	<u>Lien de parenté</u>
1)
2)
3)

Personne de Confiance :

Renseignements Sécurité Sociale :

N° Sécu : Caisse : Mutuelle :

Médecin Traitant : I.D.E : Pharmacien :

Nom : Nom : Nom :

Tél : Tél : Tél :



Prise en charge motivant la demande: (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire | <input type="checkbox"/> Post traitement chirurgical |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie anticancéreuse | <input type="checkbox"/> Post Partum pathologique |
| <input type="checkbox"/> Education du patient et de son entourage | <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Education du patient ou de son entourage chez l'enfant âgé de moins de 18 ans | <input type="checkbox"/> Prise en charge du nouveau-né à risque |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale | <input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients âgés de moins de 18 ans |
| <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes et soins spécifiques | <input type="checkbox"/> Rééducation orthopédique |
| <input type="checkbox"/> Pas de protocole associé | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourd | <input type="checkbox"/> Autre traitement |
| <input type="checkbox"/> Surveillance de radiothérapie | <input type="checkbox"/> Surveillance de grossesse à risque |
| <input type="checkbox"/> Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse | <input type="checkbox"/> Surveillance d'aplasie |
| <input type="checkbox"/> Retour précoce à domicile après accouchement | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine |
| <input type="checkbox"/> Traitement intraveineux-un seul passage quotidien | <input type="checkbox"/> Traitement par voie veineuse : anti infectieux ou autre |

Pathologie principale :

.....

Pathologie(s) associée(s) :

.....

Antécédents Médicaux :

.....

.....

Allergies :

Facteurs de risque :

Intolérance médicamenteuse :

Antécédents Chirurgicaux :

.....

.....

Poids :

Taille :

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

Merci de joindre la prescription pour une durée de 7 Jours



Soins infirmiers en cours :

Perfusions : I/V : Chambre implantable : S/C

- Voie centrale
- Périphérique

Matériel : Pompe
 Seringue auto pulsée

Injections : S/C : I/M

Pansements : Escarre Localisation : Fréquence :

Ulcère Localisation : Fréquence :

Autre Localisation : Fréquence :

PROTOCOLE :

Sondes : Naso-gastrique Lavage vésical
 Urinaire Charnière : à changer le

Stomies : Urétérostomie Droite Cystocath
 Gauche

Gastrotomie Jéjunostomie

Colostomie Droite Iléostomie
 Gauche

Référence de la poche :

Référence du support :

Oxygène : Lunettes débit.....l/mn

Masque

Sonde

Aérosol : Oui Non

Trachéo : Oui Non

Aspiration trachéale : Oui Non

Kinésithérapie : Respiratoire Mobilisation
 Passive
 Active

Orthophonie : Oui Non



Autonomie :

Actes de la Vie Quotidienne

	1 Indépendance	2 Supervision Arrangement	3 Assistance partielle	4 Assistance totale
Habillage/Toilette				
Déplacement/locomotion				
Alimentation				
Contenance				
Comportement				
Relation/Communication				

Evaluation Sociale :

- Faite en cours à faire

Accompagnement Psychologique :

- fait en cours à faire pas nécessaire

Renseignements Complémentaires :

Information du patient sur sa pathologie :

- Diagnostic/Pronostic : Oui Non

Information de la famille ou de la personne de confiance quant à la pathologie du patient :

- Diagnostic/Pronostic : Oui Non

Commentaires :

.....

.....

.....

Avis Médecin Coordonnateur :

- Accord
- Refus (un courrier sera envoyé au médecin prescripteur)

Avis Médecin Traitant :

- Accord
- Refus (un courrier sera envoyé au médecin prescripteur)

