

## DEMANDE D'ADMISSION HAD SYNERGIE

A transmettre à : had@ghicl.net

<b>Date de la demande :</b>	<b>Heure :</b>
-----------------------------	----------------

### ORIGINE DE LA DEMANDE

<b>Date d'entrée en HAD souhaitée :</b>
<b>Service demandeur (hôpital) ou nom de l'EHPAD :</b>
<b>Nom - qualité &amp; contact de la personne effectuant la demande :</b>
<b>Nom du chef de service ou médecin référent :</b>
<b>Date d'hospitalisation dans le service :</b>

### PATIENT

**NOM de naissance :** \_\_\_\_\_ **Nom MARITAL:** \_\_\_\_\_ **Sexe :** H  F

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**N° de chambre (EHPAD – Patient hospitalisé) :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Mail :** \_\_\_\_\_

**Noms et téléphone des proches (préciser le lien de parenté) :**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

### MEDECIN TRAITANT

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Contact : N° de tel :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_

**Médecin traitant prévenu de la demande d'HAD :** OUI  NON

### **MOTIF de PRISE EN CHARGE HAD**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                  | <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur       |
| <input type="checkbox"/> Pansement complexe                | <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire             |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie anti-cancéreuse    | <input type="checkbox"/> Soins de nursing lourds             |
| <input type="checkbox"/> Rééducation intensive et complexe | <input type="checkbox"/> Traitement IV (à usage hospitalier) |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                     |  |
| <input type="checkbox"/> Prescription anticipée            |  |

A compléter pour les demandes internes au GHICL

A compléter pour toutes les demandes

A compléter pour les demandes  
internées au GHICL

