



DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

AUB SANTE HAD
 Pays de Saint-Malo/Dinan
 32 rue du Grand Jardin
 35400 SAINT-MALO
 Tél. 02 99 46 76 73
 Fax 02 99 46 88 51

Tampon :

Date d'entrée souhaitée :/...../.....

Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / /

Adresse: Tél : Environnement familial:.....

Caisse assurance maladie :

N° assuré : / ... / ... / ... / ... / ... / ...

Médecin traitant : Dr TEL : Portable :

Diagnostic principal:

Indice de Karnofsky de sortie

Diagnostic(s) associé(s):

(cf. au dos annexe 2)..... %

Modes de prise en charge (cf. au dos annexe 1) :

1/

2/

Veillez spécifier : Curatif Palliatif Educatif Social Psychologique

(Merci de joindre derniers CRH à l'attention du Médecin coordonnateur de l'HAD)

Antécédents :

Si Hospitalisation nécessaire, patient à adresser à :

Nom de l'établissement :

Service :

Statut infectieux:

Médecin Référent

Allergie

TEL :

Traitement prévu : ordonnance

Soins prévus : Hygiène Pansement Injection Perfusion Oxygénothérapie

Nutrition entérale Evaluation douleur Accompagnement de fin de vie Aérosol

⇒ Etablissement : Service : Date : / /

Médecin prescripteur : Dr Tél. : 02 / ... / ... / ... / ... Signature et cachet :

===== RESERVE HAD ===== AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR=====

Accord Date d'entrée : / / Refus Motif: