**Dr Didier BRIAT / Dr Audrey CHABANON / Dr Christophe MELEROWICZ / Dr Christophe QUEROY MALAMENAIDE**

**DEMANDE D’ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE**

**Par un Etablissement de Santé**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**  **Le**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de naissance Nom d’usage****Prénom Date de naissance** **Adresse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| **Accord du Patient** |  |  |

**Téléphone**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ets de Santé** |  |
| **Service** |  |  |
| **Mail** |
| **Médecin demandeur** |  | **Médecin généraliste** |  |
| **Cadre infirmier** |  | **Infirmiers libéraux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation Familiale - Entourage** |  |
| **Personne à prévenir** **Nom + Tél + lien parenté** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de prise en charge souhaitée** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif d’admission** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Histoire de la maladie** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Principaux antécédents****(Possibilité de joindre courrier)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Traitement en cours,** **personnel et hospitalier****(Joindre ordonnance)** |  |

**EVALUATION AUTONOMIE / SOINS A PROGRAMMER**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Toilette** | **Incontinence** | **Déplacement** | **Transfert** | **Oxygène** | **Alimentation avec aide** | **Voie d’abord** |
| Complète | Oui | Autonome | Autonome | Oui | Oui | VVP |
| Partielle | Non | Aide humaine | 1 personne | Non | Non | PAC/CIP |
| Autonome | SAD | Aide matériel | 2 personnes/Matériel |  | SNG / Gastrostomie | Picc Line |
|  |  |  |  |  |  | Mid line  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations complémentaires** |  |

**Bon à mailer à** **had43@ch-lepuy.fr** **ou à faxer au 04.71.04.37.62**

Accompagné de tous les documents pouvant compléter la demande d’admission

(comptes-rendus, RCP, ordonnances, bulletin de situation, etc)