

FICHE MÉDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

→ Le médecin traitant doit impérativement être informé et doit accepter le suivi de son patient

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

<p><u>IDENTITE DU MEDECIN DEMANDEUR</u></p> <p>NOM : PRENOM : TELEPHONE : FAX :</p>	<p><u>OU DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR</u></p> <p>ETABLISSEMENT : SERVICE : TELEPHONE : FAX :</p>																																																		
<p><u>IDENTITE DU PATIENT :</u></p> <p>NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : ADRESSE : CODE POSTAL /VILLE : TELEPHONE : N°SS : <u>DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR UNE ADMISSION :</u> Attestation carte vitale <input type="checkbox"/> <u>et/ou</u> Bulletin hospitalisation <input type="checkbox"/> Attestation carte mutuelle* (recto-verso) <input type="checkbox"/> MUTUELLE ALD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> VIT : seul <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> chez un proche <input type="checkbox"/></p>	<p><u>MEDECIN TRAITANT :</u></p> <p>NOM : ADRESSE : TELEPHONE : PORTABLE : FAX : <u>NOM IDE LIBERAL :</u> <u>AIDANT PRINCIPAL :</u> NOM PRENOM : ADRESSE : TELEPHONE : LIEN DE PARENTE :</p>																																																		
<p><u>MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN HAD :</u></p> <p><u>TRAITEMENT EN COURS :</u> (ordonnance de sortie et traitement habituel)</p>	<p><u>PATHOLOGIE PRINCIPALE :</u> ALLERGIES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : ANTECEDENTS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médicaux <input type="checkbox"/> Chirurgicaux</p> <p><u>STATUT INFECTIEUX :</u> <input type="radio"/> Patient sans facteur de risque <input type="radio"/> Patient à risque BMR <input type="radio"/> Patient porteur de BMR connu</p> <p>DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DIAGNOSTIC CONNU DE LA FAMILLE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON RISQUE SUICIDAIRE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DIRECTIVES ANTICIPEES CONNUES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>																																																		
<p><u>PRISE EN CHARGE :</u> (courrier de sortie si relais d'un établissement)</p> <p>Type de soins : soin de nursing <input type="checkbox"/> toilette complète <input type="checkbox"/> toilette partielle <input type="checkbox"/> Personne : valide <input type="checkbox"/> non valide <input type="checkbox"/> grabataire <input type="checkbox"/> Incontinence : urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> <u>Soins prévisionnels :</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th colspan="4" style="text-align: center;"><u>Fréquence / 24 h :</u></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Perfusion</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Injection IU</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Injection SC</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trachéo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ventilation</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pansement</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonde vésicale à drain</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		<u>Fréquence / 24 h :</u>					1	2	3	4	Perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoglucotest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection SC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pansement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonde vésicale à drain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Poids :</u> <u>Taille :</u></p> <p><u>IMC :</u> <u>Variation du poids :</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Perte de poids récente : - ... Kg en ... mois</p> <p><u>OBSERVATIONS :</u></p>
	<u>Fréquence / 24 h :</u>																																																		
	1	2	3	4																																															
Perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Hemoglucotest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Injection IU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Injection SC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Trachéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Pansement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Sonde vésicale à drain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															

DATE, CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN OU DE L'ETABLISSEMENT :