

Prescripteur

Fait le : \_\_\_\_\_

Tampon de l'établissement ou du cabinet médical  
+ signature

# Prescription

## d'Hospitalisation A Domicile

à l'attention du médecin coordinateur du service HAD de l'ASDR

**N° APPEL UNIQUE : 0262 20 28 20 - N° FAX : 0262 45 74 59**

### Renseignements relatifs au médecin prescripteur

#### Médecin prescripteur :

Médecin traitant

Nom :

Ville :

Tél :

Médecin hospitalier

Nom :

Etablissement :

Service :

Tél :

### Renseignements concernant le patient

Nom, prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

n°/rue/av :

CP/Ville :

### Renseignements concernant la prise en charge du patient

Motif de la prescription HAD :

soins palliatifs

nutrition parentérale, entérale

pansements complexes

soins de nursing lourds

traitements intraveineux

autres :

Pathologie à l'origine de la demande d'HAD :

Motifs de l'hospitalisation actuelle / événements récents :

Antécédents et allergies :

Traitements (prescription de sortie à faxer 24h avant la sortie) :

### Commentaires particuliers

Date de sortie souhaitée :