asdr
association de soins à domicile à La Réunion

PRESCRIPTION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

HAD

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

N° APPEL UNIQUE : 0262 20 28 20 - FAX : 0262 45 74 59 – MSS : had@asdr.mssante.fr

Renseignements relatifs au médecin prescripteur

Médecin prescripteur :

☐ Médecin traitant

Nom :
Prénom :
Téléphone :

Médecin traitant contacté : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en accord avec la demande d'HAD :

☐ Oui ☐ Non

☐ Médecin d'établissement :

Nom et prénom :
Etablissement :
Service :
Téléphone :

Renseignements concernant le patient

Nom et prénom :
Date de naissance :
Téléphone :

N° / Rue / Avenue :

Code postal et ville :

Patient informé de la demande d'HAD : ☐ Oui ☐ Non

Renseignements concernant la prise en charge du patient

Motif de la prescription HAD :

☐ Soins palliatifs
☐ Nutrition parentérale, entérale
☐ Pansements complexes
☐ Traitements intraveineux
☐ Soins de nursing lourds
☐ Autres :

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

Traitements (la prescription "prévisionnelle" de sortie doit nous être faxée 24h avant la sortie) ***:***

Oxygénothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires particuliers :

Date de transfert en HAD souhaitée :

Toute prescription incomplète entraînera un retard d'évaluation

PIECES A FOURNIR :

- courrier / compte rendu avec les élements suivants : antécédents, allergies, histoire de la maladie et évolution
- traitements en cours (ordonnance actuelle)

Prescripteur
Fait le :
Tampon de l'établissement + signature