PRESCRIPTION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

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

HAD-P
Pédiatrique

N° APPEL UNIQUE: 0262 20 28 20 - FAX : 0262 45 74 59
MSS : had.pediatrique@asdr.mssante.fr – Mail HAD-P : hadp@asdr.asso.fr

Renseignements relatifs au médecin prescripteur

Médecin prescripteur :

☐ Médecin hospitalier

Nom :
Prénom :
Etablissement :
Service :
Téléphone :

☐ Médecin traitant

Nom :
Prénom :
Téléphone

Informé de la demande d'HAD : ☐ Oui ☐ Non

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

Accord des parents/Responsable légal : ☐ Oui ☐ Non

Renseignements concernant la prise en charge du patient

Motif de la prescription d'HAD-P :

☐ Nutrition parentérale, entérale
☐ Pansements complexes
☐ Traitements intraveineux
☐ Polyhandicap avec nécessité de coordination
☐ Pathologie ou fragilité du nouveau-né
☐ Soins techniques ou nécessitant une prise en charge de la douleur
☐ Soins palliatifs pédiatriques
☐ Assistance respiratoire, VNI, trachéo
☐ 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) :

ALD en rapport avec l'HAD : ☐ 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 éléments suivants : antécédents, allergies, histoire de la maladie et évolution, projet thérapeutique
- Traitements en cours (ordonnance actuelle)

Prescripteur
Fait le :
Tampon de l'établissement + signature