asdr
association de soins à domicile à La Réunion

PRESCRIPTION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

HAD-R
Réadaptation
Rééducation
Réinsertion

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.reeducation@asdr.mssante.fr

Renseignements relatifs au médecin prescripteur

Médecin prescripteur :

Médecin traitant

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Etablissement :

Médecin traitant contacté : ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Non

Médecin / Chirurgien d'établissement :

Nom et prénom :

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 d'HAD-R :

☐ Neurologie (AVC, lésions médullaires, neuro-dégénératif…)
☐ Appareil locomoteur (traumato-orthopédie, rhumatologie…)
☐ Gériatrie (personnes âgées > 75 ans polypathologiques…)
☐ Onco-Réhabilitation (hémato-cancérologie..)
☐ Amputation (avec/sans prothèse…)
☐ Autres : ……..

Pathologies et problématiques à l'origine de la demande d'HAD-R :

☐ Escarre : ……..
☐ Plaie chirurgicale : ……..

Objectifs rééducatifs :

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

Capacités fonctionnelles :

Capacités Fonctionnelles	*Autonome*	*Aide partielle*	*Complète*	
Déplacements	☐	☐	☐	☐ Lit strict ☐ Fauteuil ☐ Pas d'appui ☐ Déambulateur / Rollator ☐ Canne(s) ……... ☐ Fauteuil Roulant…… ☐ Prothèse ……
Transferts	☐	☐	☐	☐ Lève malade ☐ Guidon de transfert ☐ Disque de transfert ☐ Barre de redressement ☐ Planches ☐ Autres……
Faire sa toilette	☐	☐	☐	
Habillage	☐	☐	☐	
Aller aux toilettes	☐	☐	☐	***Elimination urinaire :*** ☐ Etui pénien ☐ Protection ☐ Sondages intermittents ☐ SAD ***Elimination fécale :*** ☐ Incontinence ☐ Protection ☐ Stomie d'élimination digestive
Alimentation	☐	☐	☐	☐ Trouble de la déglutition : …… ☐ Nutrition entérale : ☐ Naso-Gastrique ☐ Jéjunostomie ☐ Régime spéciale……..
Communication				

Troubles de la conscience	☐ **Non**	☐ **Oui**	détails : **Glasgow :**
Troubles de l'humeur	☐ **Non**	☐ **Oui**	détails :
Troubles cognitifs	☐ **Non**	☐ **Oui**	détails :

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
Fais-le :
Tampon de l'établissement + signature