



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Merci d'adresser cette demande par mail à : [liaison@hadmelun.fr](mailto:liaison@hadmelun.fr)

Ou MSSANTE : [liaison@hadmelun.mssante.fr](mailto:liaison@hadmelun.mssante.fr)

Par téléphone au : **01.89.40.43.80**, par FAX au : **01.84.10.52.72**

**DOCUMENT CONFIDENTIEL A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR**

### Patient :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  F  M

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Médecin prescripteur :

Dr.....

Entrée du patient en HAD est souhaitée le : .....

Téléphone : ..... Email : .....

### Motif d'admission en HAD :

Diagnostic : .....

- Soins de nursing lourd (durée de présence cumulée des intervenants supérieure à 2h/jour)
- Post traitement chirurgical
- Sortie précoce de chirurgie
- Soins palliatifs
- Prise en charge de la douleur
- Traitement intra-veineux
- Nutrition entérale / Nutrition parentérale
- Chimio / Surveillance post chimio
- Assistance respiratoire
- Education thérapeutique
- Autres traitement
- Ferinject
- Transfusion sanguine

**Le risque suicidaire a-t-il été évalué ?**  OUI  NON

Médecin traitant référent :

Dr.....Tél : .....

Le patient et/ou la famille a-t-il été informé de la demande de PC en HAD :  OUI  NON

D'autres demandes d'orientation sanitaires et sociales sont en cours :  OUI  NON

Si oui, lesquelles

Date :

Cachet et signature du médecin prescripteur :