

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - HOSPITALISATION A DOMICILE

Hospitalisation à domicile Grand Bordeaux

2 place Ravezies – entrée B
33000 BORDEAUX
Tél : 05 24 57 35 11
FAX : 05 24 57 35 12

Etablissement d'origine :

.....

Service :

Tél :

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR D'HAD
A ADRESSER PAR MESSAGERIE SECURISEE, FAX OU SOUS PLI CACHETE
Au médecin praticien d'HAD**

Adresse mail sécurisée contact@hadgrandbordeaux.mssante.fr

Attention pour envoyer un message sécurisé sur cette adresse mail, il est nécessaire que vous possédiez une messagerie sécurisée de santé MSSanté. Si ce n'est pas le cas vous trouverez toutes les informations nécessaires sur www.mssante.fr.

Je soussigné(e) Docteur.....
certifie que l'état de santé du patient :
Nom d'usage* :
Nom de naissance* :
Prénom :
Date de naissance* :/...../..... Lieu de naissance* :
INS* :
Adresse du patient :
.....
Téléphone du patient* :

Nécessite son admission à l'Hôpital A Domicile Grand Bordeaux.

Le médecin prescripteur
Date, signature et cachet

**Merci de remplir l'exhaustivité des renseignements pour éviter toute erreur d'identitovigilance.*

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE LA PRISE EN CHARGE :

PROJET THERAPEUTIQUE / OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD :

DATE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITEE :

ETAT ACTUEL :

BILAN INFECTIEUX :

Type de bactérie :

Origine urinaire ☐ respiratoire ☐ contact ☐

Nécessité d'un isolement : oui ☐ non ☐

Joindre obligatoirement une copie de l'analyse bactériologique et de l'antibiogramme

PROTOCOLE PERSONNALISE PREVISIONNEL DE SOINS :

☐	Assistance respiratoire ○ sous machine <u>prévoir</u> ○ sous oxygène <u>prescription</u>	☐	Pansement chirurgical Localisation :
☐	Nutrition parentérale	☐	Autres pansements Localisation :
☐	Nutrition entérale <u>prévoir prescription</u> ○ jéjunostomie ○ gastrostomie	☐	Prise en charge de la douleur ○ PCA ○ SAP
☐	Traitement par voie veineuse ○ voie d'abord : ○ PAC :	☐	Rééducation ○ orthopédique ○ neurologique ○ respiratoire
☐	Soins palliatifs	☐	Soins de nursing lourd
☐	Chimiothérapie	☐	Education du patient et de son entourage
☐	Surveillance COVID	☐	Radiothérapie
☐	Surveillance post chimiothérapie	☐	Surveillance d'aplasie
☐	Soins techniques particuliers	☐	Prise en charge psychologique
☐	Prise en charge sociale		

TRAITEMENT : prévoir prescription si médicaments de la pharmacie hospitalière

Injections ☐ IM ☐ SC

Per os ☐

Régime alimentaire ☐

Le patient connaît il : ☐ son diagnostic médical ☐ son pronostic médical

Le patient a-t-il été transfusé durant son hospitalisation : ☐ OUI ☐ NON

www.hadgrandbordeaux.fr

HAD GRAND BORDEAUX - 2 place Ravezies – entrée B - 33000 Bordeaux - Tél : 05 24 57 35 11 – Fax : 05 24 57 35 12 – mail : contact@hadgrandbordeaux.fr