



Demande d'admission en Hospitalisation A Domicile (HAD) Antenne de Lannion

A Faxer au **02.96.05.72.16**

Secrétariat : 02.96.05.70.15

ou par mail : **secretariat.had.lannion@armorsante.bzh**

Date de la demande : _____ Admission souhaitée le : _____

1. Origine de la demande

Nom Etablissement : Service : Tél :

Médecin Hospitalier ou Médecin traitant : Tél :

Nom du cadre de santé : Tél :

2. Identité du patient

Nom : Prénom : Date de Naissance :...../...../.....

Adresse du domicile :

Tél. domicile : Tél Portable :.....

Patient, familles ou proches informés de la demande : oui Non

3. Diagnostic et modes de prises en charge

Diagnostic principal :
.....
.....

Statut infectieux BMR/BHRe : oui non

Patient informé du diagnostic : oui non

Antécédents :
.....

Motifs d'admission :

4. Les soins

-IDE-

- Chambre implantable Picc Line Midd Line
- Traitement injectable : IV SC IM
- Prise en charge de la douleur/PCA Oxygénothérapie Aérosols
- Pansements : TPN MEOPA Escarre autres :
- Alimentation : Normale Entérale Parentérale
- Soins sur stomies Soins sur sonde urinaire
- Autres :

-AS-

- Aide à la toilette aide totale à 1 soignant à 2 soignants Autonome
- Aide aux Transferts à 1 soignant à 2 soignants Autonome

5. Soins de supports/ Psycho sociaux et accompagnement de fin de vie

- Plan d'aide à mettre en place : oui non
- Suivi social en hospitalisation par :Suivi psycho par.....
- Suivi diététique par : Soins de rééducation :
- Suivi EMSSP : oui non

6. Les professionnels au domicile

- Médecin traitant :
- Cabinet IDE :
- SSIAD ou comité d'entraide :
- Kinésithérapeute : Ergothérapeute :
- Autres :
- Suivi par CAP SANTE : oui Non

7. Si hospitalisation nécessaire et ou lit de replis

- Etablissement : Service :
- Médecin : Tél :