

FICHE DE DEMANDE ADMISSION EN HAD 0-36 MOIS

Date de la Demande :

<u>IDENTITE DE L'ENFANT</u>	
NOM	Date de naissance
Prénom	Lieu de naissance
<u>PARENTS</u>	
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse	Adresse (si différente)
<u>MOTIF DE PRISE EN SOINS</u>	
<u>ANTECEDENTS, CONTEXTE DE NAISSANCE</u>	
Terme de naissance :	Poids de naissance :
Terme actuel :	Poids actuel :
Autonomie alimentaire : ☐ Oui ☐ Non	Allaitement : ☐ Maternel ☐ Artificiel Quantité : ___ x ___ ml
Traitements Per Os : _____	
Traitement IV : _____	
Contexte de naissance :	
<u>INTERVENANTS EXTERIEURS</u>	
<u>Médecin :</u>	<u>PMI :</u>
<u>Pharmacie :</u>	
<u>Kiné :</u>	<u>Orthophoniste :</u>
SI DEMANDE HORS NEONATOLOGIE – CH SAINT-BRIEUC	
ADRESSE PAR _____	
TELEPHONE : __ / __ / __ / __ / __	MAIL : _____

had.neonatalogie.stbrieuc@armorsante.bzh / 07.85.40.67.41