

DEMANDE MEDICALE D'HAD

Fiche à faxer à Santé Relais Domicile : 05 34 41 84 20

Infirmière d'évaluation : 06 18 63 48 97 Mail : had.liaison@had-srd.org

Date de la demande :/...../..... Heure :

SERVICE DEMANDEUR

Etablissement :

Service et n° de tél. :

Nom et fonction du demandeur :

Adresse mail :

MEDECIN TRAITANT

Nom : N° de Tél.

Prévenu de la demande d'HAD : OUI NON

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom : Adresse Mail :

Nom de jeune fille : Vit seul(e) : OUI - NON

Prénom : **Personne à contacter pour RDV avec HAD :**

Date de naissance : Nom :

Adresse de prise en charge : Qualité :

..... N° de Tél. :

.....

Tel :

MOTIF DE LA DEMANDE HAD

DONNEES MEDICALES

Diagnostic et antécédents médicaux, chirurgicaux ou copie comptes-rendus récents

Traitement en cours ou copie de la prescription

Allergies : Oui Non Si oui, précisez :

Risque BMR

Patient porteur ou infecté par BMR : Oui Non Non connu

* Si oui : Micro-organisme : Site anatomique :

Dépistage EPC : Le patient a-t-il été hospitalisé hors du territoire français au cours de l'année écoulée
..... Oui Non

Réservé HAD

Transmis à : Heure :

Date d'évaluation prévue : / /

Signature et tampon du demandeur :

HOSPITALISATION A DOMICILE

LA QUALITE DES SOINS HOSPITALIERS AU DOMICILE
CONTINUE DES SOINS 24H / 24 – 7 J / 7

 : **06 18 63 48 97**

*Soins palliatifs,
Prise en charge de la douleur,
Pansements complexes,
Chimiothérapie anticancéreuse et surveillance du traitement,
Nutrition parentérale et entérale,
Traitements intraveineux,
Assistance respiratoire,
Polypathologie gériatrique,
Pathologies neurologiques,...*

*Suivi de grossesses à risque,
Post-partum pathologique,...*

@ : had.accueil@had-srd.org

www.sante-relais-domicile.fr

Le large territoire d'intervention de l'HAD **SANTE RELAIS DOMICILE** couvre TOULOUSE, une grande partie de la Haute-Garonne et l'Est du Gers :

