

A ENVOYER Par Fax au : 04 95 51 47 82 ou par Mail à : transmissionhad@umcs.fr

DATE DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN HAD : / /

IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM : PRENOM :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : / / N° SS :

Adresse :

CP Ville : Téléphone :

Personne à contacter : Téléphone :

Nom du Médecin Traitant : Téléphone :

Nom IDEL : Téléphone :

Etiquette patient :

IDENTITÉ DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Médecin Généraliste ou spécialiste : Nom du médecin :

Téléphone : @ (MSSanté de préférence) :

Médecin Hospitalier : Nom du médecin :

Établissement : Service : Téléphone :

Fax : @ (MSSanté de préférence) :

MÉDICAL :

Diagnostic :

Antécédents :

Traitement à ce jour (médicaments per os, IV, SC, etc.) :

ALLERGIE : Non Oui : **TAILLE** : **POIDS** :

Dispositifs médicaux : VVP VVC PiCCline / Midline Perfusion SNG

SOINS :

Soins IDE :

Pansements :

Mobilisation :

Nutrition :

Nursing :

Date d'entrée souhaitée : / /

Nom et Signature du médecin prescripteur :

Encart réservé à l'HAD UMCS

HAD UMCS : 04.95.23.46.78

Accord de prise en charge HAD au / /

Refus de prise en charge HAD

Motif de refus :

Fait à Ajaccio, le / /

Signature :