



Pour toute demande urgente, contactez-nous directement par téléphone au 02.41.24.60.00

PATIENT

Monsieur Madame

NOM D'USAGE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Tél : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse : _____

PRESCRIPTEUR

Dr : _____

Etablissement/Service : _____

Tél : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Courriel sécurisé : _____

Adresse : _____

Date de la demande : ____ / ____ / _____

MÉDECIN TRAITANT (si différent du prescripteur) :

Dr : _____

Informé de la demande d'admission en HAD : Oui Non

Signature/Cachet :

SITUATION CLINIQUE

Éléments cliniques justifiant une prise en soin en HAD : _____

Antécédents / histoire de la maladie / épisode récent : _____

Patient informé du diagnostic : Oui Non

Patient informé du pronostic : Oui Non

Entourage informé du diagnostic : Oui Non Non applicable (NA)

Entourage informé du pronostic : Oui Non NA

Si prise en soin à visée palliative : Souhaits du patient et de sa famille concernant sa fin de vie ? (*connaissance et vécu de la situation, directives anticipées, souhaits, limites, refus, repères existentiels, "paroles dites"*) : _____

PROJET DE SOINS EN HAD

Patient favorable à une prise en soin en HAD : Oui Non

ENVIRONNEMENT DU PATIENT

ENTOURAGE & VOISINAGE

NOM : _____

Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Tél : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

AUTRES INTERVENANTS

IDEL : _____

SSIAD : _____

Auxiliaires de vie

Autre : _____

Fiche à retourner en privilégiant un envoi par MESSAGERIE SECURISEE :

secretariat.hadsaintsauveur@lifem.sante.fr

ou à défaut, par courriel non sécurisé contact.hadsaintsauveur@lna-sante.com

avec ces éléments : ✓ Prescriptions des traitements médicamenteux en cours
✓ Dernier bilan biologique + dernier CR médical en votre possession
✓ Copie de la carte d'identité ou passeport du patient (EHPAD)