

# Demande d'admission en Hospitalisation à Domicile

**Une question ? Appelez-nous !**

**HAD du Pays Briochin**

8 Rue des Champs de Pies 22000 SAINT-BRIEUC

☎ : 02 96 77 25 14 – 📠 : 02 96 33 63 89

@ : had.stbrieuc@aub-sante.fr

## PATIENT

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

Date de naissance :  /  /

Téléphone :  .  .  .  .

Mail : .....

N° Sécurité Sociale :

Adresse : .....

## MEDECIN PRESCRIPTEUR

.....

Etablissement : .....

Service : .....

Coordonnées : .....

Date de la demande :  /  /

Signature : .....

## MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Tél. : .....

## MOTIF DE LA DEMANDE

## ANTECEDENTS NOTABLES

## TRAITEMENT

Joindre l'ordonnance

## Statut infectieux

☐ Présence de BMR



## SOINS REQUIS

☐ Traitement intraveineux

☐ Soins palliatifs

☐ Prise en charge douleur complexe

☐ Pansements complexes

☐ Surveillance oncologique  
(aplasie, post-chimio, post-radiothérapie)

☐ Oxygénothérapie

☐ Grossesse à risque / post-partum pathologique

☐ Autres traitements (drainages pleuraux, ascite...)

☐ Sortie précoce de chirurgie / post-traitement chirurgical

☐ Transfusion sanguine  
(Biologie préalable RAI < 3 jours, NFS, Carte Groupe)

☐ Nutrition entérale / parentérale

☐ Nursing lourd

☐ Soutien psycho-social

☐ Rééducation neurologique / orthopédique  
(3 à 5 séances hebdomadaires)