

Demande d'admission en Hospitalisation à Domicile

**Une question ? Appelez-nous !
HAD du Pays Saint-Malo / Dinan**

32 Rue du grand jardin 35400 SAINT-MALO
☎ : 02 99 46 76 73 – 📠 : 02 99 46 88 51
@ : had.stmalo@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)