

**DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE**

**Tél : 33 842 69 09 / 77 182 47 77**

**PATIENT**  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Poids

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**  
 Nom (ou cachet) ET SIGNATURE  
 Date de la demande : .....  
 Durée prévisionnelle de prise en charge  
 Téléphone : .....  
 Fax : .....

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL** et histoire de la maladie motivant la demande d'HAD :  
 .....  
 .....  
 .....

**DIAGNOSTICS ASSOCIES** et antécédents médico-chirurgicaux :  
 .....  
 .....  
 .....

**TRAITEMENT ACTUEL :**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**SOINS PREVISIONNELS EN HAD** (type, fréquence, et voie d'administration selon le cas) /  
 .....  
 .....  
 .....

**PERSONNES-RESSOURCES :**  
 Entourage:.....  
 .....  
 IDE OUI NON  
 Kinésithérapeutes : OUI NON

**RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :**  
 Conduite à tenir en cas d'urgence :  
 .....  
 Autres :  
 .....