

**HAD Béarn Soule (Oloron/Mauléon/Coarraze)**

Tél. : 05 59 10 01 55

Fax : 05 59 10 01 56

**HAD Orthez/Thèze**

Tél. : 05 59 69 72 09 (Orthez)/ 05 59 04 81 30 (Thèze)

Fax : 05 59 69 72 10 (Orthez)/ 05 59 04 39 55 (Thèze)

**HAD Pau**

Tél. : 05 59 92 48 31

Fax : 05 59 72 67 83

***Médecins traitants – Urgences – Consultations externes – Pédiatrie***

**PRESCRIPTION D'ADMISSION EN HAD**

*A FAXER au plus tôt à l'HAD concerné*

**VOLET ADMINISTRATIF :**

Je soussigné(e) Dr .....

Service demandeur : .....

Vu l'état de santé de :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse patient (indispensable) : .....

Téléphone patient (indispensable) : .....

Médecin traitant : .....

Prescrit son admission dans le service d'Hospitalisation A Domicile de :

Oloron / Mauléon / Coarraze

Orthez / Thèze

Pau

Date de la demande : ..... Admission souhaitée le : .....

Signature du médecin demandeur :

**VOLET MEDICAL :**

Pathologie en cours de traitement :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(Joindre le support unique de prescription)

Autres éléments médicaux : .....

Antécédents médicaux – chirurgicaux : .....

.....  
.....  
.....

Allergie/intolérance :

BMR :

Projet validé par le médecin coordonnateur de : HAD  ESMS

Nom prénom :

Signature :

## **RESSOURCES REQUISES ET SOINS :**

### ***Motif de prise en charge :***

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes  | <input type="checkbox"/> Traitement intra-veineux                            | <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur         |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs      | <input type="checkbox"/> Nutrition entérale ou parentérale                   | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique/orthopédique |
| <input type="checkbox"/> Soins de nursing      | <input type="checkbox"/> Surveillance post-chimiothérapie/post-radiothérapie | <input type="checkbox"/> Surveillance grossesse à risque       |
| <input type="checkbox"/> Autres motifs : ..... |  |  |

### ***Dispositifs médicaux :***

- |                                  |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> VVP     | <input type="checkbox"/> VVC              | <input type="checkbox"/> PICCLINE       | <input type="checkbox"/> MIDDLELINE     | <input type="checkbox"/> PAC                    |
| <input type="checkbox"/> Trachéo | <input type="checkbox"/> O2               | <input type="checkbox"/> CPAP/VNI       | <input type="checkbox"/> Sonde vésicale | <input type="checkbox"/> Stomie urinaire/fécale |
| <input type="checkbox"/> PLEURX  | <input type="checkbox"/> TPN type : ..... |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> SNG     | <input type="checkbox"/> GPE              | <input type="checkbox"/> Autres : ..... |   |   |

### ***Ressources nécessaires :***

- |   |                                      |   |   |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Astreinte médicale 24h/24h | <input type="checkbox"/> Astreinte paramédicale 24h/24h |
|---|--------------------------------------|---|---|

---

## **BILAN D'AUTONOMIE :**

- |                                     |                                   |  |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>Déplacements et transferts :</b> | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Avec aide                 | <input type="checkbox"/> Dépendant |
| <b>Hygiène :</b>                    | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Avec aide                 | <input type="checkbox"/> Dépendant |
| <b>Communication :</b>              | <input type="checkbox"/> Adaptée  | <input type="checkbox"/> Altérée, précisez : ..... |                                    |

---

## **SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE :**

**Mode de vie :**     Seul     En famille

**Entourage / famille / proche aidant :**     OUI     NON    **Si non, bilan social réalisé :**  OUI     NON

**Personne à prévenir : NOM :** .....    **Téléphone :** .....

**Infirmiers libéraux intervenant au domicile : NOM :** .....    **Téléphone :** .....