

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD PAU

A FAXER au 05 59 72 72 83
Adresse e-mail : had@ch-pau.fr

Toute modification des informations indiquées initialement doit être faxée au service HAD

Adresse du patient :

.....Téléphone :

Date de la demande :	Date souhaitée de prise en charge :	Service de soins :
Médecin prescripteur :		Etablissement :
Médecin Traitant :		N° téléphone :
		N° Fax :
		@ :

PREALABLES POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD :

Accord du patient Accord de l'aidant Accord du médecin traitant Bilan social fait

Intervenants à domicile avant HAD : Oui Non

Si oui, précisez : IDE libérale, Nom : 📞

SSIAD, Nom :

Auxiliaire de vie, organisme :

Autres, précisez :

.....

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN HAD :

.....
.....

DIAGNOSTIC :

.....

ANTECEDENTS :

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

TRAITEMENT :

Joindre impérativement l'ordonnance du traitement en cours à cette demande.

