

DEMANDE D'ADMISSION HAD PAU

Filière PEDIATRIQUE



Tél. : 05 59 92 48 31

A FAXER au 05 59 72 72 83

Date de la demande :	Date souhaitée de prise en charge :
Médecin prescripteur :	Interlocuteur à privilégier / référent : NOM / coordonnées
Etablissement : Service de soins : N° téléphone :	
<i>PATIENT</i>	
Nom : Prénom : DDN : _ / _ / _	
<i>PARENTS</i>	
Nom, prénom de la mère : ☎ : Nom, prénom du père : ☎ : Adresse du domicile :	
Fratrie → nombre : Présence au domicile <input type="checkbox"/> Place de l'enfant patient :	
Accord du patient et/ou famille <input type="checkbox"/>	Médecin traitant
Accord du Médecin traitant / Pédiatre <input type="checkbox"/>	Médecin Pédiatre
Nom : ☎ :	Nom : ☎ :
<i>MOTIF de la demande HAD</i>	
.....	
<i>ATCD et/ou Grossesse / accouchement</i>	
AG de naissance : __ SA ou naissance à terme <input type="checkbox"/> Poids de naissance : ____ g	

THERAPEUTIQUES

Traitements injectables → Perfusion continue / discontinue

Traitements Per os / par SNG → Géré par : Parents / IDE

ALIMENTATION

Allaitement maternel / Allaitement artificiel → ___ ml x ___ biberons / jour

DISPOSITIFS MEDICAUX

SNG

Jéjunostomie

Gastrostomie

Iléostomie / colostomie

Trachéotomie

VVP

Vs/c

VVC

Oxygénothérapie : ___ L/min → lunettes MHC → En continu ou

Aérosolthérapie : ___ fois / jour

Balance

Appareil à glycémie

Aspirateur à mucosités

Autre(s):.....

.....

INTERVENANTS

A prévoir

Actuel(s)

PMI :.....

→ Puéricultrice PMI :

.....

Coordonnées :

.....

Sage-femme libérale ___ fois / sem

Psychomotricien ___ fois / sem

Orthophoniste ___ fois / sem

Kinésithérapeute ___ fois / sem

Autre :

PRESCRIPTIONS de SOINS ENVISAGES au domicile

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Nom, Prénom et signature du Médecin prescripteur :

.....

Tampon médical