



HOSPITALISATION A DOMICILE

Docteur Jean Louis GRUNEWALD
Infirmière Référente : Madame Camille VERLHAC

CHR METZ-THIONVILLE
HÔPITAL D'HAYANGE
Tél : 03.82.57.73.60 - Fax : 03.82.57.74.72
Mail : had-th@chr-metz-thionville.fr

CONVENTION TRIPARTITE

Médecin demandeur de l'HAD

Le Docteur.....
Service..... Hôpital.....
Propose le transfert en HAD de Mme, Melle, Mr.....
Date et signature.....

Patient

Mme, Melle, Mr..... ou son représentant légal
.....
accepte l'HAD et choisit pour médecin traitant le Dr.....
demeurant.....
Date et signature.....

Médecin traitant

Le Docteur.....
accepte de suivre à domicile en accord avec les termes du règlement intérieur du service d'HAD
M.....
Tél. : Tél. en cas d'urgence :
Date et signature.....

Rappel du cadre législatif

Dans le cadre de l'HAD selon les dispositions de la circulaire DH/E02/2000/295 du 30/05/2000 :

Texte de la circulaire : « Le médecin traitant est choisi librement par le malade, qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile... L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique. Il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution en lien si besoin, avec le service hospitalier où été hospitalisé le patient. Il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire. La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient. »

DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

**Chaque élément de cette demande d'admission en HAD devra être renseigné.
Tout transfert en service d'HAD devra obligatoirement être accompagné d'un courrier médical,
d'une copie du traitement et de transmissions IDE.**

Nom et Prénom du patient:

Date de naissance :

Adresse précise du domicile où aura lieu l'HAD :
.....

Téléphone :

Accord du patient : oui non

Accord de l'entourage : oui non

Le patient vit seul à domicile : oui non

Personnes de l'entourage à joindre pour préparer l'HAD :
.....

Téléphone :

Médecin sénior demandeur de l'HAD :

Etablissement: Service :

Tél. : Fax :

Médecin traitant :

Ville : Tél. :

L'accord du Médecin Traitant du patient est obligatoire à la mise en place d'une HAD

IDE libérale :

Ville : Tél. :

Mesures sociales :

RAS

En place

A envisager

Si oui précisez

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE

Soins Palliatifs

Prise en charge de la douleur

Soins de nursing lourds

Autres :

Traitement par voie veineuse (anti-infectieux ou autres)

Pansements complexes et soins spécifiques (stomie, VAC,...)

Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Date d'entrée souhaitée en HAD :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

TRAITEMENT ORAL ET INJECTABLE (joindre les feuilles de prescriptions)

DESCRIPTION CLINIQUE

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Autonomie : | <input type="checkbox"/> valide | <input type="checkbox"/> lit/fauteuil | <input type="checkbox"/> grabataire |
| Toilette : | <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| Fonctions supérieures : | <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> troubles | <input type="checkbox"/> démence <input type="checkbox"/> non communicant |
| Alimentation : | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> parentérale | <input type="checkbox"/> entérale (SNG, GEP) |
| Ventilation : | <input type="checkbox"/> aérosols | <input type="checkbox"/> trachéotomie | <input type="checkbox"/> aspiration <input type="checkbox"/> O ₂l/min |
| Elimination : | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> stomie | <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> incontinence |
| Abord veineux : | <input type="checkbox"/> VVP | <input type="checkbox"/> VVC | <input type="checkbox"/> Picc line <input type="checkbox"/> PAC |
| PCA en place : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
- Poids :**kg **Taille :**cm

PANSEMENTS

sites	protocoles

ELEMENTS DE SUIVI DU PATIENT (consultations ou réhospitalisations prévues...)

ELEMENTS IMPORTANTS DE LA PRISE EN CHARGE A SIGNALER

Fait à le Signature et cachet du Médecin demandeur :