

**MEDECIN DEMANDEUR / SERVICE/ETABLISSEMENT :** ..... **TEL :** .....  
**MEDECIN TRAITANT** .....

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom - Prénoms : ----- DDN : -----  
Nom de jeune fille : -----  
N° de sécurité Sociale : -----  
Adresse : -----  
Tél. : 0590-----/0690-----

**PERSONNE REFERENTE**

Nom : ----- Prénom : ----- Lien : -----  
Adresse : ----- Tél : -----

**MOTIF MEDICAL MOTIVANT L'HAD**

-----  
-----

**DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE :**  OUI  NON

**PATHOLOGIE (S) ASSOCIEE (S) :**

-----  
-----

**OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Récupération d'autonomie   | <input type="checkbox"/> Réadaptation au domicile                                   |
| <input type="checkbox"/> Stabilisation de l'état actuel   | <input type="checkbox"/> Cicatrisation (escarre, ulcère, plaie, plaie chirurgicale) |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et d'accompagnement   | <input type="checkbox"/> Poursuite de soins de type hospitalier                     |
| <input type="checkbox"/> Exitus à domicile envisagé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Antibiothérapie    |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique  |   |

**ÉTAT CLINIQUE ACTUEL**

- |  |  |                                       |                                     |   |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Valide            | <input type="checkbox"/> Déambule        | <input type="checkbox"/> lit/fauteuil | <input type="checkbox"/> Grabataire | <input type="checkbox"/> T. de conscience |
| <input type="checkbox"/> T. de déglutition | <input type="checkbox"/> incontinence    | <input type="checkbox"/> Sonde        | <input type="checkbox"/> Stomie     | <input type="checkbox"/> Oxygéo-dépendant |
| <input type="checkbox"/> Escarres          | <input type="checkbox"/> autres plaies : |                                       | <input type="checkbox"/> Antalgique |   |
- Dénutrition :**  oui  non  ne sais pas      **Dernier résultat d'albuminémie et date :**  
**Infection BMR :**  oui si oui, site et germe :

**CHARGE EN SOINS :**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soins d'accompagnement et d'éducation | <input type="checkbox"/> Evaluation de la douleur | <input type="checkbox"/> Toilette            |
| <input type="checkbox"/> Soins d'incontinence                  | <input type="checkbox"/> Soins de stomie          | <input type="checkbox"/> pansement           |
| <input type="checkbox"/> Insulinothérapie                      | <input type="checkbox"/> Soins d'escarres         | <input type="checkbox"/> nutrition entérale  |
| <input type="checkbox"/> Réhydratation SC                      | <input type="checkbox"/> héparine SC              | <input type="checkbox"/> Injection IM :      |
| <input type="checkbox"/> Perfusion IV                          | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale    | <input type="checkbox"/> chambre implantable |
| <input type="checkbox"/> Voie périphérique                     | <input type="checkbox"/> Voie centrale            |  |

**AUTRES INTERVENANTS DEMANDES**

- |   |                                   |                                    |                                    |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthophonique                              |                                   |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : <input type="checkbox"/> Non indiquée | <input type="checkbox"/> En cours | <input type="checkbox"/> A prévoir | <input type="checkbox"/> Objectifs |
| Déjà suivi ⇒ L'équipe mobile de soins Palliatifs :                              | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       | <input type="checkbox"/> Non       |
| ⇒ L'équipe de liaison en soins d'addictologie                                   | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       | <input type="checkbox"/> Non       |
| ⇒ Les Associations de Bénévoles   | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       | <input type="checkbox"/> Non       |

**Fait a :**

**Le :**

**Signature du Médecin**