

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

A FAXER en fonction du secteur d'intervention
CHALON 03 85 41 74 10 – LE CREUSOT 03 85 56 10 35

MOTIF

Diagnostic principal		Code CIM
Date d'entrée souhaitée		
Durée prévue séjour HAD		



(écrire ou coller étiquette service)

PATIENT

Nom		Situation prof.	Activité – Retraité -Invalidité
Nom JF		Situation familiale	
Prénom		Nb pers. au domicile	
Né(e)le		Tél domicile	
Adresse		Tél pers.à prévenir	
CP- Ville		Ligne Fixe Fr.Telecom	Oui - Non
		ALD Oui - Non	Mutuelle Oui - Non

MEDECIN TRAITANT

Nom	Ville	N° Téléphone	Accord
			Oui - Non

SERVICE HOSPITALIER DEMANDEUR

Etablissement		Médecin	
Service		Cadre infirmier	
N° téléphone			

BILAN D'AUTONOMIE

GRILLE AVQ à cocher	Indépendance	Supervision	Assistance partielle	Assistance totale
Habillage ou toilette				
Déplacements et locomotion				
Alimentation				
Continence				
Comportement				
Relation et communication				

INDICE DE KARNOFSKY

	à cocher		
Capable de mener une activité normale	100 %		normal, pas de signe de maladie
	90 %		activité normale, symptômes mineurs, totalement autonome
	80 %		activité normale avec effort, symptômes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, assistance variable nécessaire	70 %		peut se prendre en charge, autonome mais a stimuler
	60 %		nécessite aide occasionnelle, semi-autonome
	50 %		nécessite aide suivie et soins médicaux fréquents, semi-autonome
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins de type hospitaliers	40 %		handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
	30 %		sévèrement handicapé, dépendant
	20 %		très malade, soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %		moribond, processus fatal progressant rapidement

EVALUATION DES BESOINS DE SOINS AU DOMICILE

	Matin	Midi	Soir	Nuit	Détails
Injection					
Perfusion					
Pansement					
Soins escarre/ulcère					
Soins stomie					
Nursing					
Nutrition entérale					
Nutrition parentérale					CIP oui / non
Kinésithérapie motrice					
Kinésithérapie respiratoire					
Aspiration bronchique					
Aérosol					
Assistance respiratoire (O2-VNI)					
Autres : - - -					

SURVEILLANCE CONSTANTES

Poids	TA	Pouls	Temp	Sat	Diurèse	Dextro	Autres

ANTECEDENTS PRINCIPAUX

--

(à remplir ou joindre impression dossier crystal net)

TRAITEMENT

--