HAD Caux-Rouen
Hôpital à Domicile

l Rue Jean Rédélé, Zone EuroChannel • 76370 Martin-Église
l Rue François Perroux • 76130 Mont-Saint-Aignan
Tél. : 02 32 90 93 90 |
had-caux-rouen@lifen.mssante.fr (*)

Merci de compléter
LA DATE D'ENTRÉE ESTIMÉE :

! **Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Tél patient et/ou famille : .....

☐ Patient ☐ Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

PRESCRIPTEUR

Nom du médecin traitant ou hospitalier référent : ..... Tél : .....

Le cas échéant, merci de préciser

Etablissement hospitalier :..... Service : .....

PATHOLOGIE PRINCIPALE, motif(s) de prise en charge

PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉE(S) et/ou antécédent(s) majeur(s)

PROJET DE SOINS

Merci de nous adresser en complément le compte-rendu opératoire ou médical, les traitements en cours et résultats du bilan sang du patient

Date : Signature et cachet :