DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un médecin généraliste

CENTRE HOSPITALIER DE CREST

Antenne de Valence
Allée Barthélemy Thimonier - **26000 VALENCE**
Tél. : 04.75.25.53.67 / Fax : 04.75.42.62.84 / Mail : sec.had@ch-crest.fr

Antenne du Cheylard
Hôpital local — 1 rue Lafont - 07160 LE CHEYLARD
Tél. : 06.89.87.42.92 / Fax : 04.75.42.62.84 / Mail : servicehad@hl-lecheylard.fr

Dr. Tarpin-Lyonnet – 06.70.96.34.30 Dr. Aizac – 06.78.58.64.04 Dr. Monnet – 06.84.77.36-19
Dr. Girard – 07.88.08.58.25 Dr Amblard – 06.77.21.07.86

IDENTIFICATION PATIENT

Le : … /… /…

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

	O	N
Accord du patient		
Accord de la famille		

Médecin généraliste		Infirmiers libéraux	
	☎ :		☎ :

Contexte Familial		
Personne à prévenir		☎ :

Durée de prise en charge souhaitée	

A partir du	

Motif d'admission	

Antécédents	

Traitement en cours	

DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un médecin généraliste

EVALUATION AUTONOMIE / SOINS A PROGRAMMER

TOILETTE		INCONTINENCE		DEPLACEMENT		TRANSFERT		ALIMENTATION AVEC AIDE		VOIE D'ABORD		
Complète		Oui		Autonome		Autonome		Oui		VVP		
Partielle		Non		Aide humaine		1 pers		Non		VVC		
Autonome		SAD		Aide matériel		2 pers/ matériel		SNG/ Gastrostomie		PAC		
										O^2	oui	
											non	

Précisions sur les Soins à programmer	

BON à faxer au 04 75 42 62 84

Accompagné de tout document pouvant compléter la demande d'admission (comptes rendus, RCP ….)