DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un établissement de santé

CENTRE HOSPITALIER DE CREST
Allée Barthélémy Thimonnier
26000 VALENCE

Tél : 04 75 25 53 67 – Fax : 04 75 42 62 84

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**

ETIQUETTE

Le .....

IDENTIFICATION PATIENT

NOM : **NOM DE NAISSANCE :** **PRENOM :**

Né(e) le : **Sexe :** **Date d'hospitalisation :**

Adresse : – –

Service CH			☎ :
Médecin demandeur		**Médecin généraliste**	
	☎ :		☎ :
Cadre Infirmier		**Infirmiers libéraux**	
	☎ :		☎ :

	O	N
Accord du patient		
Accord de la famille		

Situation familiale/entourage :		
Personne à prévenir		☎ :
Lien de parenté		

Durée de prise en charge souhaitée	

A partir du	

DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un établissement de santé

Motif d'admission	

Antécédents	

Traitement en cours	

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 A FAXER AU 04 75 42 62 84

Accompagné de tout document pouvant compléter la demande d'admission

(Comptes rendus, RCP ….)