



Prescription d'admission en HAD

Patient

Nom usuel du patient : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance : Sexe :
 Adresse : Ville :
 N° de Téléphone :

Hôpital

Service

Pathologie principale

Pathologie(s) associée(s) et/ou antécédent(s) majeur(s)

Projet de soins

Patient informé de la sortie HAD	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Patient informé du pronostic	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Famille informée de la sortie HAD	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Famille informée du pronostic	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Patient informé du diagnostic	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Patient informé de l'ETP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Famille informée du diagnostic	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Famille informée de l'ETP	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Inclusion dans un programme d'éducation thérapeutique (ETP)

OUI NON si oui, préciser : / Besoins éducatifs spécifiques :

Praticien hospitalier référent

Nom : Prénom : Tél :

Médecin prescripteur

Nom du médecin traitant : Prénom : Tél :

Nom du médecin hospitalier : Prénom : Tél :

Date :

Signature et cachet