

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD



Souhaitée pour le :

Médecin demandeur / référent :

Veille

Téléphone :

Active

Service :

Médecin traitant :

Demandeur : oui non

Téléphone :

Prévenu : oui non

Informations patient.e

M^{me}, M^{lle}, Mr :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Adresse : domicile EHPAD

Vit seul (e) : oui non

.....

.....

Tel domicile :

Proches / Personne de confiance :

Tel portable :

.....

▼ Motif de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

▼ Antécédents utiles :

.....

.....

Prise per os : oui non

Famille prévenue et en accord : oui non

IDEL en place : oui non

Fait à le

Signature et cachet du Médecin Prescripteur

.....

HAD DU PONANT

Merci de transmettre votre demande par

Fax : 02 98 31 30 67

ou

Email : secretariat.had@vivalto-sante.com

Pour toutes questions

Tel : 02 98 31 30 64