

PRESCRIPTION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

PRESCRIPTEUR

DEMANDEUR HOSPITALIER	MEDECIN TRAITANT
Etablissement :	Nom :
Service :	Prénom :
Médecin référent :	Tel :
Tel :	

Dates / Semaines des injections souhaitées :

PATIENT

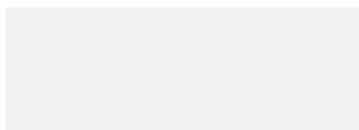
Nom :	Personne à joindre pour préparer l'HAD :
Prénom :	Nom Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Tel :
Adresse :	
.....	
N° téléphone :	Patient / entourage informé de la demande d'HAD :
N° de sécurité sociale :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PARTIE MEDICALE (indispensable)

Diagnostic/motif de la prise en charge	Antécédents notables : atopie connue (eczéma O/N ; asthme O/N ; allergie médicamenteuse O/N ; ethylisme chronique O/N ; pathologie auto immune ou inflammatoire O/N ; pathologie cardiovasculaire : laquelle
Posologie de natalizumab (TYSABRI®) prescrite :par voie intraveineuse	Traitements en cours (Immunosuppresseurs, AINS O/N, béta-bloquants O/N, IEC O/N, autre)
Injections toutes les 4 semaines demg pendant mois	Bilan sang à prévoir : NFS, BH, ionogramme, fonction rénale,
Voie d'abord en place : périphérique O/N centrale O/N	Remarques :
Date dernière IRM :
Poids :	

Signature et cachet du demandeur

Date.....



A transmettre à l'HAD

par fax 02 98 31 30 67 ou par email secretariat.had@vivalto-sante.com

Secteur d'intervention de l'HAD du Ponant

