

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 :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

 N° téléphone :
 N° de sécurité sociale :

Personne à joindre pour préparer l'HAD :
 Nom Prénom :
 Tel :

Patient / entourage informé de la demande d'HAD :
 OUI NON

PARTIE MEDICALE (indispensable)

Diagnostic/motif de la prise en charge

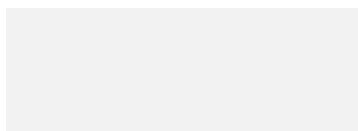
 Posologie de natalizumab (TYSABRI®) prescrite :
par voie intraveineuse
 Injections toutes les 4 semaines demg
 pendant mois
 Voie d'abord en place : périphérique O/N centrale O/N
 Date dernière IRM :
 Poids :

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

 Traitements en cours (Immunosuppresseurs, AINS O/N,
 bêta-bloquants O/N, IEC O/N, autre
)
 Bilan sang à prévoir : NFS, BH, ionogramme, fonction rénale,

 Remarques :

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](mailto:secretariat.had@vivalto-sante.com)

Secteur d'intervention de l'HAD du Ponant

