

PRESCRIPTEUR

Dr _____

Contact souhaité avec le médecin coordonnateur de l'HAD par :

Email : _____ @ _____

Tel : _____ horaires à privilégier : _____

Entrée en HAD souhaitée : dès que possible
 d'ici 3 à 5 jours
 à compter du : ____/____/____

Nom du médecin traitant si différent du prescripteur: _____

Date, signature et tampon

PATIENT

Nom : _____ Non de naissance : _____ Prénom _____

Date de naissance : _____  : _____

N° de sécurité sociale : _____

Adresse du domicile : _____

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

 : _____ Lien avec le patient : _____

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

Prise en charge actuelle : IDEL SSIAD SAAD EHPAD Autres : _____

Schéma vaccinal COVID complet : OUI NON

OBJET DE LA PRISE EN CHARGE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> Traitement intraveineux (antibiothérapie, autres) |
| <input type="checkbox"/> Pansements complexes (escarres, stomies compliquées, ulcère, plaie tumorale, ...) | <input type="checkbox"/> Surveillance de chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Nursing lourd | <input type="checkbox"/> Surveillance radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale | <input type="checkbox"/> Surveillance aplasie |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> Assistante respiratoire (O2, VNI, Trachéo, ...) |
| <input type="checkbox"/> Suivi post-chirurgical | <input type="checkbox"/> Rééducation (neurologique ; orthopédique) |
| | <input type="checkbox"/> Grossesse pathologique |

BESOIN (S) COMPLEMENTAIRE (S)

- Suivi psychologique Suivi social Bilan diététique Bilan ergothérapeute

OBSERVATIONS MEDICALES ET INFORMATIONS UTILES

EN PRATIQUE

- Remplir ce questionnaire face au patient.
- 1 point par réponse positive.

Au-delà de 2 réponses positives :

Le patient est possiblement éligible à une prise en charge au domicile. Il faut en informer le patient et appeler le service d'HAD concerné.

| | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Le patient est-il âgé de plus de 75 ans et à risque d'un syndrome de glissement ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2 | Le patient est-il hospitalisé et stabilisé mais nécessite la poursuite des mêmes soins qui peuvent être prodigués au domicile ou substitut ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3 | Le patient a-t-il besoin : d'oxygénothérapie, ou d'injection intraveineuses, ou de médicaments de la réserve hospitalière, ou de soins H24 7/7, ou d'organisation d'une surveillance rapprochée avec un besoin de réactivité, ou de la mise en place de soins à domicile, ou de soins de support, ou d'une prise en charge globale ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4 | L'état de santé du patient nécessite-t-il une charge en soins importante du fait du nombre des interventions ou de la durée cumulée des soins sur son lieu de vie ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5 | La sortie du patient est-elle freinée par le besoin d'une adaptation du domicile ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6 | Le patient et ou son entourage est-il en capacité de donner l'alerte ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7 | L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Il est à risque d'aggravation et nécessite une surveillance régulière ? ✓ Il a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ? ✓ Le patient est en refus d'hospitalisation avec hébergement alors que son état clinique nécessite une surveillance et des soins complémentaires. ✓ Il présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

NOS OBJECTIFS

- Augmenter la disponibilité des hospitalisations avec hébergement : diminution des DMS, et évitement des hospitalisations.
- A partir du questionnaire ci-dessous faciliter l'appel à un service et structure HAD.
- Le patient doit relever d'un parcours de soins encadré par un protocole défini avec l'HAD du territoire autorisé afin de permettre un retour plus rapide à domicile et ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle.