

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD SIMPLIFIEE

A envoyer par mail au :
Adresse sécurisée : had@had-nord71.mssante.fr
☐ Le Creusot : secretariat.creusot@had-nord71.fr
☐ Chalon : secretariat@had-nord71.fr



MOTIF		
Diagnostic principal		
Date d'entrée souhaitée		

SERVICE HOSPITALIER DEMANDEUR			
Etablissement		Médecin	
Service		Cadre infirmier	
N° téléphone			

PATIENT (Écrire ou coller étiquette service)			
Nom		N° Sécurité Sociale :	
Nom JF		Tél domicile :	
Prénom		Tél portable :	
Né(e)le		Tél pers. à prévenir :	
Adresse		Nb pers au domicile :	
		Situation prof. :	Activité – Retraité -Invalidité
CP- Ville		Situation familiale :	

INFORMATION DU PATIENT			
	Le Diagnostic	Le Pronostic	
Le patient est informé sur :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
La famille est informé sur :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Commentaire			

MEDECIN TRAITANT			
Nom	Ville	N° Téléphone	Accord
			Oui - Non

BILAN D'AUTONOMIE				
GRILLE AVQ à cocher	Indépendance	Supervision	Assistance partielle	Assistance totale
Habillage ou toilette				
Déplacements et locomotion				
Alimentation				
Continence				
Comportement				
Relation et communication				
INDICE DE KARNOFSKY	À cocher			
Capable de mener une activité normale	100 %		normal, pas de signe de maladie	
	90 %		activité normale, symptômes mineurs, totalement autonome	
	80 %		activité normale avec effort, symptômes mineurs, totalement autonome	
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, assistance variable nécessaire	70 %		peut se prendre en charge, autonome mais a stimuler	
	60 %		nécessite aide occasionnelle, semi-autonome	
	50 %		nécessite aide suivie et soins médicaux fréquents, semi-autonome	
	40 %		handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers	
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins de type hospitaliers	30 %		sévèrement handicapé, dépendant	
	20 %		très malade, soutien actif, absence totale d'autonomie	
	10 %		moribond, processus fatal progressant rapidement	

EVALUATION DES BESOINS DE SOINS AU DOMICILE					
	Matin	Midi	Soir	Nuit	Détails
Injection					
Perfusion					
Pansement					
Soins escarre/ulcère					
Soins stomie					
Nursing					
Nutrition entérale					
Nutrition parentérale					CIP oui / non
Kinésithérapie motrice					
Kinésithérapie respiratoire					
Aspiration bronchique					
Aérosol					
Assistance respiratoire (O2-VNI)					
Autres : - - -					

SURVEILLANCE CONSTANTES							
Poids	TA	Pouls	Temp	Sat	Diurèse	Dextro	Autres

ANTECEDENTS PRINCIPAUX

(À remplir et/ou joindre les ordonnances)

TRAITEMENT