



## CHI CORTE-TATTONE

Allée du 9 septembre B. P. N°41 20250 CORTE

Tél : 06.85.41.68.51 fax :04.95.45.05.08

Mail : had@chi-corte-tattone.fr

### DEMANDE DE PRISE EN CHARGE INITIALE DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

Etablie par le Docteur : .....

Service : .....

Téléphone : .....

Etablissement : .....

Médecin traitant (si différent du médecin prescripteur)

Nom prénom : .....

Téléphone : .....

Patient(e) Nom Prénom: .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Nom de jeune fille : .....

N°SS : .....

Téléphone : .....

### **MOTIF MEDICAL : Pathologie principale**

.....  
.....

### **ANTECEDENTS, PATHOLOGIE(S) ASSOCIEE(S) :**

ACTIF:

.....  
.....  
.....  
.....

NON ACTIF:

.....  
.....  
.....  
.....

### **TRAITEMENT EN COURS :**

.....  
.....

### **OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :**

- Récupération d'autonomie
- Stabilisation de l'état actuel
- Soins palliatifs et d'accompagnement
- Chimiothérapie

- Réadaptation au domicile
- Cicatrisation ( escarre, ulcère, plaie)
- Poursuite de soins de type hospitalier

### **SOINS NECESSAIRES :**

.....  
.....  
.....

### **AUTRES INTERVENANTS SOUHAITES**

- Kinésithérapeute
- Rééducation orthophonique
- Autres :.....
- Patient / Famille informés de la demande

CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Fait à :                      le / /

Signature du Médecin demandeur

**RESERVE AU SERVICE D'HAD**

Accord du médecin coordinateur

Le / /

Pour une période de : .....

Signature du Médecin coordinateur