DEMANDE / PRESCRIPTION D'ADMISSION EN HAD
Emanant d'un MEDECIN

PAR-FE-039-09
V7/2020

Le Dr :	**Adresse :**
☐ **Médecin traitant** ☐ **Médecin hospitalier**	Tél : ___/ ___/ ___/ ___/___/ Fax : ___/ ___/ ___/ ___/___/ Service : Etablissement :

Prescrit l'admission en hospitalisation à domicile concernant

☐ Madame ☐ Monsieur Nom et Prénom : Nom de naissance : Date de naissance ____/____/_____/ Tél : ___/ ___/ ___/ ___/___/ Adresse : Code postal : Ville :	**Personne à prévenir** Tél : ___/ ___/ ___/ ___/___/

Antécédents

……
……
……
……
……

Pathologie principale

……
……
……
……

Motif de la demande HAD / Projet Thérapeutique

……
……
……
……
……
……

Merci de joindre toutes les ordonnances et courrier nécessaires à la prise en charge.

Fait à	Le ___/ ___/ _____/
	Signature et cachet du médecin

1, rue Henri Guillaumet - CS 90153 - 44703 ORVAULT Cedex
Tel. 02 40 16 04 70 – Fax : 02 40 16 20 41
www.had-nantesetregion.fr