

Document à transmettre à la Cellule d'ordonnancement de l'HAD Nantes et région - Tél : 02 40 16 04 77

- Par mail sécurisé : ordonnancement@had-nantes.mssante.fr
- Par Fax : 02 40 16 20 41

<p>Le Dr :</p> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier	<p>Adresse :</p> <p>Tél : ___/___/___/___/___/___ Fax : ___/___/___/___/___/___</p> <p>Service :</p> <p>Établissement :</p>
---	--

Prescrit l'admission en hospitalisation à domicile concernant

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom et Prénom : Nom de naissance : Date de naissance ___/___/___ Tél : ___/___/___/___/___/___ Adresse : Code postal : Ville : Mail :	<p>Personne à prévenir</p> <p>Tél : ___/___/___/___/___/___</p>
--	---

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	