



PÔLE VILLE HÔPITAL
Service d'HOSPITALISATION A DOMICILE

Pavillon 1
☎ Secrétariat 02 54 29 66 51 - Télécopie 02 54 29 66 52
Mail : secretariat.had@ch-chateauroux.fr
secretariat.had@ch-chateauroux.mssante.fr

**EVALUATION ANTICIPEE PAR L'HAD A DOMICILE (y compris EHPAD)
= dossier dormant**

Directives anticipées : ☐ oui ☐ non

Patient

NOM et Prénom du patient		domicile	
Date de naissance			
Nom de la personne de confiance		Numéro de téléphone	
Médecin traitant		Numéro de téléphone	
Médecin EHPAD, EADSP, autres		Numéro de téléphone	

Personnes ayant participées à la réunion de coordination

NOM	FONCTION	courriel

Evaluation clinique initiale du patient par l'HAD (médecin ou IDE)

Poids	
Score Glasgow	
Etat clinique	

Critères de déclenchement du dispositif et signes cliniques à surveiller par les soignants

•
•
•

Coordonnées de la personne contact référente pour le suivi téléphonique avec l'HAD

•

Fréquence du suivi téléphonique (avant admission) par l'IDEC de l'HAD

-

Prescriptions anticipées personnalisées en cas de déclenchement de soins HAD

En attente des PAP du médecin traitant à l'attention de l'HAD en cas d'aggravation

-
-
-
-
-

Rédaction avec Docteur CARREEL, Chef de Service de l'HAD

-
-
-
-
-

Répartition des soins entre l'HAD et les autres soignants (EHPAD, IDEL, SSIAD, etc...)

EHPAD/IDEL/SSIAD/etc...

-
-
-
-

HAD

-
-
-
-

EN CAS D'ADMISSION : la fréquence des passages de l'HAD et visite de suivi hebdomadaire :

- ☐ Quotidiens
- ☐ Hebdomadaires

EN CAS DE NON-ADMISSION : la durée du suivi avant sortie du dispositif de pré-admission :

- ☐ 1 semaine
- ☐ 1 mois
- ☐ 2 mois
- ☐ 3 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 1 an

Inscription de ce projet au DLU (Dossier de Liaison des Urgences) du patient : ☐ oui ☐ non

Date

Signature du
médecin
référént/traitant

Date

Signature du
médecin HAD