



FICHE DE PRE-ADMISSION EN UNITE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

HAD GUYANE –

Courriel : had.guyane@orange.fr

Tél.: 05.94.28.62.18

Cayenne Fax : 05.94.28.45.40

Kourou Fax : 05.94.32.30.80

Saint Laurent Fax : 05.94.27.94.76

IDENTITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE :

NOM et Prénom :

Date de Naissance :

Adresse des visites :

..... Tél :

N° SS / CMU : ALD : Oui Non

Mutuelle :

PROVENANCE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE :

Hôpital : Service :

Clinique : Service :

Domicile :

PERSONNE A JOINDRE :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

Tél :

MEDECIN QUI FAIT LA DEMANDE :

NOM et Prénom :

Tél : Fax :

Médecin traitant Médecin hospitalier

Renseignements sur le médecin traitant :

NOM et Prénom :

Tél : Fax :

Prévenu : Oui Non **Accord** : Oui Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

DIAGNOSTIC MEDICAL :

MOTIF DE LA DEMANDE - PROJET DE SOINS :

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

ANTECEDENTS :

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

ALLERGIES : Oui Non

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX NECESSAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT :

Sexe : PC : Taille : Poids de naissance : Poids de sortie :

Terme de naissance : de sortie..... Geste à la naissance :

.....

TRAITEMENTS :

Per os :

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

Injectables :

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

PROCHAIN RENDEZ-VOUS PREVU LE : à heure **AVEC :**

HAD Guyane

Accès veineux

Voie Veineuse Périphérique : Oui Non

Posée le :

Voie Veineuse Centrale : Oui Non

Posée le :

Chambre implantable : Oui Non

Posée le :

Autres abords veineux :

Dernier bilan sanguin fait le :

Nom du Laboratoire :

Douleur : Oui Non

Aiguë Chronique

Nociception Neurologique A la mobilisation

EVA à la sortie :

Etat cutané :

Normal

Rougeurs Escarres Plaies

Si oui, localisation :

.....

Mobilité : Totale

Partielle

Mise au fauteuil

Dépendance : Totale Partielle

Alimentation : Normale

Régime

Sonde naso-gastrique

Si oui posée le :

Gastrostomie

Autre

Conscience : Normale

Agitation

Désorientation

Autre

Respiration : Normale

Aspiration

Aérosols

O2 : Litres/mn

Elimination :

Diarrhée Oui Non

Constipation Oui Non

Incontinence urinaire Oui Non

Etui pénien Oui Non

Sonde à demeure Oui Non

Si oui posée le :

Intervenants souhaités :

Psychologue

Assistantes sociale

Ergothérapeute

Diététicienne

Kinésithérapeute

Neuropsychologue

DATE SOUHAITEE DE PRISE EN CHARGE : à heure

SIGNATURE :