

# DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un établissement de santé

**CENTRE HOSPITALIER DE PRIVAS**

 2, Avenue Pasteur  
 07007 PRIVAS Cedex

Tél : 04.75.20.20.00 – Fax 04.75.20.21.90

Dr Harrabi – 06.40.99.39.25

**CENTRE HOSPITALIER DE CREST**

 Allée Barthélémy Thimonnier  
 26000 VALENCE

Tél : 04 75 25 53 67 – Fax : 04 75 42 62 84

Dr Tarpin Lyonnet – 06.70.96.34.30 Dr Monnet – 06.84.77.36-19

Dr Girard – 07.88.08.58.25 Dr Amblard – 06.78.58.64.04



ETIQUETTE

Le .....

**IDENTIFICATION PATIENT**

NOM :                      NOM DE NAISSANCE :                      PRENOM :

Né(e) le :                      Sexe :                      Date d'hospitalisation :

Adresse : – –

Service CH			☎ :
Médecin demandeur		Médecin généraliste	
	☎ :		☎ :
Cadre Infirmier		Infirmiers libéraux	
	☎ :		☎ :

	O	N
Accord du patient		
Accord de la famille		

Situation familiale/entourage :		
Personne à prévenir		☎ :
Lien de parenté		

Durée de prise en charge souhaitée	
------------------------------------	--

A partir du	
-------------	--

# DEMANDE D'ADMISSION en HOSPITALISATION A DOMICILE par un établissement de santé

<b>Motif d'admission</b>	
--------------------------	--

<b>Antécédents</b>	
--------------------	--

<b>Traitement en cours</b>	
----------------------------	--

### EVALUATION AUTONOMIE / SOINS A PROGRAMMER

TOILETTE		INCONTINENCE		DEPLACEMENT		TRANSFERT		ALIMENTATION AVEC AIDE		VOIE D'ABORD	
Complète		Oui		Autonome		Autonome		Oui		VVP	
Partielle		Non		Aide humaine		1 pers		Non		VVC	
Autonome		SAD		Aide matériel		2 pers/ matériel		SNG/ Gastrostomie		PAC	
										O <sup>2</sup>	oui
											non

<b>Précisions sur les Soins à programmer</b>	
--	--

**BON A FAXER AU 04 75 42 62 84**

**Accompagné de tout document pouvant compléter la demande d'admission**

**(Comptes rendus, RCP ....)**