

Merci d'adresser cette demande :

Par fax à l'HADVR : 05.57.50.20.29 ou mail : admsoins@hadvr.fr

OU Par fax à la plateforme : 05.33.89.37.72 ou mail : had@plateforme33.fr

Tél HADVR : 05.57.50.20.20

Tél plateforme : 05.33.89.37.70

Documents à fournir :

Courrier hospitalisation antérieure
Courriers consultations
Traitement habituel
Autre documents :
CR EMSP/ERRSPP

Date de la demande : . . / . . /Date d'entrée souhaitée en HAD : . . / . . /**1/ PATIENT(E) :**

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

/ /

Age :

Adresse de prise en charge :

N° :

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél fixe :

/ /

/ /

Si second domicile :

N° :

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél fixe :

/ /

/ /

MERE :

Portable :

/

/

/

/

PERE :

Portable :

/

/

/

/

AUTORITE PARENTALE : mère père autre :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Tél :

/

/

/

/

Ville :

2/ PATHOLOGIE ET NATURE DES SOINS

Date d'hospitalisation dans le service :

ALD en rapport avec la prise en charge en HAD

 oui non**3/ MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Docteur :

Tél secrétariat :

/

/

/

/

Etablissement :

Tél service :

/

/

/

/

Service :

Fax et/ou mail :

Ont été informés de la demande d'HAD :

La famille :

OUI NON

Le patient :

OUI NON

Le médecin traitant :

OUI NON **SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

Cachet :