

ANTENNE : ☒ Charleville-Mézières ☒ Vouziers		N° IDENTIFICATION : ENR-HAD-PARC- 001
		Version :4
DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE		

A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

ET A RENVOYER DANS TOUS LES CAS

A l'attention des MÉDECINS COORDONNATEURS

Dr CHRETIEN, Dr FRANÇOIS, Dr SLEIMAN, DR ZYLBERBERG

	<i>Antenne NORD</i>	<i>Antenne SUD</i>
<i>Par email</i>	idechadnordardennes@utrca.mssante.fr haddesardennes@utrca.mssante.fr	idechadsudardennes@utrca.mssante.fr had@ch-qhsa.mssante.fr

**Ce document confidentiel doit permettre la rapidité et la continuité des prestations
fournies aux besoins des malades.**

Je soussigné(e), Docteur du service de

certifie que l'état de santé de :

M
 Né(e)le
 Demeurant.....

 ☎
 Nécessite son admission en **Hospitalisation A Domicile** à compter du
 Pour une durée de :
 N° de téléphone du SERVICE DEMANDEUR :

Médecin traitant : est-il prévenu de la demande HAD : ☐ Oui ☐ Non

NOM : Numéro de téléphone.....

A, le
 Le Médecin Prescripteur
 Signature et cachet

ANTECEDENTS :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

ALLERGIE(s) :

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE :

- Existe-t-il un problème infectieux susceptible de se propager ☐ OUI ☐ NON

Précisez lequel (BMR ?)

Le patient connaît-il :

Son diagnostic médical ☐ OUI ☐ NON

Son pronostic médical ☐ OUI ☐ NON

Environnement socio familial :

Le patient vit il seul : ☐ OUI ☐ NON

L'entourage et/ou la personne de confiance connaît elle :

Le diagnostic médical ☐ OUI ☐ NON

Le pronostic médical ☐ OUI ☐ NON

Le patient et son entourage sont-ils informés de la demande d'HAD : ☐ OUI ☐ NON

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Le patient relève-t-il des soins palliatifs : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de remplir la grille de repérage des patients en soins palliatifs page 4

Le patient est-il suivi :

- Par une EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) : ☐ OUI ☐ NON

- Par une psychologue ☐ OUI ☐ NON

BILAN FONCTIONNEL :

- Marche ☐ OUI ☐ NON

☐ Avec aide

☐ Cannes/déambulateur

- Alimentation :

S'alimente ☐ seul ☐ avec aide ☐ par sonde

Existe-t-il des troubles de déglutition : ☐ OUI ☐ NON

Poids : Taille :

Soins d'hygiène : ☐ seul ☐ avec aide

- Temps de nursing par jour :

- PEC SSIAD : ☐ OUI ☐ NON

Lequel :

ELIMINATION :

- Urinaire : ☐Continent ☐incontinent

Sonde vésicale ☐ OUI ☐ NON

Date de pose

- FECAL : ☐Continent ☐incontinent

Stomie ☐ OUI ☐ NON

PRESCRIPTIONS MEDICALES

Kinésithérapie

☐ OUI ☐ NON

☐ Respiratoire ☐ mobilisation

Fréquence des séances :

Oxygénothérapie

☐ OUI ☐ NON

Débit :

Prise en charge de la douleur :

☐ OUI ☐ NON

Traitement :
.....

SOINS INFIRMIERS

Perfusions :

➤ ☐ IV périphérique / MiddLine / PiccLine ☐ S/Cut. ☐ Chambre implantable

Alimentation ☐ entérale : par ☐ jéjunostomie ☐ gastrostomie ☐ sonde nasogastrique

☐ Parentérale

Pansements :

☐ OUI ☐ NON

➤ Localisation :

➤ Protocole :

➤ Précisez le temps de réfection par jour :

TRAITEMENTS :

Merci de joindre impérativement le traitement en cours du patient à cette demande



GRILLE DE REPERAGE DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS HOSPITALISES

D'après le guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements diffusé par la DHOS en avril 2004 :

	OUI	NON
1. Diagnostic médical		
- Affection maligne, cancéreuse évoluée ou terminale		
- Maladie chronique / insuffisance sévère au stade avancé ou terminal quand le pronostic vital est mis en jeu malgré les traitements de l'affection causale (ex : insuffisances respiratoires, rénales, hépatiques, circulatoires, cardiovasculaires terminales, désordres métaboliques irréversibles, ...)		
- Maladies infectieuses incurables au stade terminal (sida...)		
- Maladie grave, incurable, évoluée et évolutive (ex : maladie neurologique, Charcot...)		
Les efforts de soins sont davantage axés sur la prise en charge médico-psycho-socio-spirituelle et les traitements symptomatiques que sur les traitements étiologiques dits curatifs (règle du maximum d'effort de soins). (Critère impératif)	X	
Synthèse 1 : répondre OUI quand au moins 2 fois OUI ci-dessus		
2. Prise en charge multidisciplinaire coordonnée (au vu des éléments tracés dans le dossier)	OUI	NON
- Evaluation et suivi régulier par équipe médicale et soignante (douleur, symptômes...) (critère impératif)	X	
- Intervention d'un psychologue et / ou psychiatre		
- Intervention du service social		
- Intervention du kinésithérapeute et / ou ergothérapeute		
- Intervention du diététicien		
- Intervention de l'EMSP et/ou de l'Unité de prise en charge de la Douleur Chronique (médecin, IDE, psychologue)		
- Réunions de synthèse et /ou de questionnement éthique (avec un consultant extérieur au service).		
Synthèse 2 : répondre OUI quand au moins 2 fois OUI ci-dessus		
3. Besoins en soins de support		
- Prise en compte de la douleur (évaluation et adaptation thérapeutique régulières)		
- Prise en charge psychologique du patient et /ou de ses proches (travail de deuil, demande d'euthanasie, syndrome de glissement, nécessitant écoute, relation d'aide, soutien psychologique)		
- Soins de nursing pluriquotidiens (hygiène, soins de bouche, mobilisation, aide aux repas...)		
- Prise en compte des symptômes vecteurs d'inconfort (généraux, respiratoires, digestifs, neuropsychiques...) nécessitant des soins importants (perfusion, sonde, aspirations, pansements, soins de bouche, ponctions, lavements...)		
- Prise en charge nutritionnelle (adaptation régulière des apports per os, alimentation artificielle.)		
- Soins réguliers de masso-kinésithérapie et rééducation physique.		
- Prise en charge sociale (problèmes financiers, préparation retour à domicile, attestation soins palliatifs...)		
- Intervention d'autres acteurs des soins de support : stomathérapeute, socio-esthéticien, sophrologue, réseaux de soins, accompagnement spirituel, ...		
Synthèse 3 : répondre OUI quand au moins 3 fois OUI ci-dessus		
CONCLUSION : Les réponses aux 3 synthèses ci-dessus sont OUI, le séjour peut relever de soins palliatifs		

NB : Les 2 items déjà cochés sont indispensables (critères impératifs).