

Merci de nous retourner la demande dûment complétée à l'adresse suivante :

admission@arar.fr ou par fax au **0262 22 61 64**

accompagnée des traitements en cours et des observations médicales.

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre le **0262 71 97 50**

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Prestation de Santé A Domicile (PSAD)

Date de sortie souhaitée :

IDENTITE PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :
Adresse :

Tél fixe/GSM :
Personne à contacter :

PRESCRIPTEUR

Etablissement et service concerné :
Nom : Prénom :
Tél : Fax :

MEDECIN TRAITANT

Informé de la demande : Oui Non

Nom : Prénom : Tél :
Fax : Mail :

LA PRISE EN CHARGE

Pathologie(s)/Diagnostic(s) :

Si HAD : Motifs :

Soins palliatifs	Pansement complexe (≥ 30 minutes)	Nutrition parentérale
Nutrition entérale	Traitement intraveineux	Prise en charge de la douleur
Assistance respiratoire	Chimiothérapie anti-cancéreuse	Nursing lourd (≥2h)
Rééducation orthopédique	Rééducation neurologique	Autres :

Votre demande concerne des :

Soins ponctuels ? Soins continus lourds ? Soins palliatifs ? Soins de réadaptation ?

Si PSAD/MAD:

Assistance respiratoire Perfusion Nutrition Matériel

(ou besoins complémentaires du patient)

Merci de joindre les ordonnances en lien avec la demande
N'hésitez pas à nous contacter si besoin de renseignements

Patient informé de son diagnostic : Oui / Non Poids : Taille :
Appareillage :

ANTECEDENTS

STATUT INFECTIEUX

Précautions complémentaires : Oui / Non. Si oui : Contact Gouttelettes Air

Situation COVID-19 : Oui Non Date début des symptômes ou du premier test PCR positif: ___ / ___ / ___
Date du dernier test PCR réalisé :

Vaccination COVID : schéma complet schéma incomplet : *préciser* : non vacciné

Fait le : ___/___/___
Signature et cachet prescripteur :

Espace réservé à l'ARAR :
Nom IDECL : _____
Date/Heure réception : le ___/___/___ à ___ h ___
Admission possible, le ___/___/___ à ___ h ___
Absence critères HAD
Signature médecin coordinateur :