



HAD Loir-et-Cher

15 Rue des Arches, 41000 Blois

Tél. : 02 54 55 16 00 | Fax : 02 54 55 16 01

Messagerie sécurisée* hadloiretcher@lifen.mssante.fr

Merci de compléter
LA DATE D'ENTRÉE ESTIMÉE :

** Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : Nom de naissance :

Prénom : Sexe :

Numéro de sécurité sociale : Date de naissance :

Adresse :

Ville : Tél patient et/ou famille :

Patient Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : Téléphone :

Le cas échéant, merci de préciser :

Etablissement hospitalier : Service :

PATHOLOGIE PRINCIPALE, motif(s) de prise en charge

.....
.....

PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉE(S) et/ou antécédent(s) majeur(s) :

.....
.....

PROJET DE SOIN

.....
.....

Merci de nous adresser en complément le compte-rendu opératoire ou médical, les traitements en cours et résultats du bilan sang du patient

Date :

Signature :