



HOSPITALISATION A DOMICILE
DE CORSE
Résidence Bureaux Sud
RN-193 20600 BASTIA
Tel : 04 95 55 09 00
Fax : 04 95 33 40 16

Fiche et prescription médicales de
demande de préadmission et/ou
d'admission en HAD

Processus : Prise en charge

Sous processus : Parcours du patient

Référence : ENR COO 002

Version : 08

Page 1 sur 1

A envoyer

par messagerie à contact@haddecorse.fr - par ViaTrajectoire

Préadmission

Admission

IDENTITE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Médecin généraliste ou spécialiste

Nom du médecin : Téléphone :

Médecin hospitalier

Nom du médecin :

Etablissement :

Service : Téléphone :

EMSP

EMG

IDENTITE DU MALADE :

Nom prénom : Nom J. fille :

Né(e) le : N° SS :

Adresse :

CP Ville : Téléphone :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN HAD :

.....
.....

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

Diagnostic connu du malade : NON OUI

Diagnostic connu de la famille : NON OUI

Je soussigné(e), Le Médecin
Vu l'état de santé de M., Mme, Melle
Prescrit son admission dans le service d'Hospitalisation à domicile.
(Date d'admission prévue :)

CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

DATE ET SIGNATURE :

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre notre service au 04 95 55 09 00

Ce document est la propriété de l'HAD de Corse, et ne peut être reproduit sans son autorisation