



Fiche et prescription médicales de  
demande d'admission en HAD

Processus : Prise en charge

Sous processus : Parcours du patient

Référence : ENR COO 002

Version : 06 Page 1 sur 1

*A envoyer*

***par fax au 04 95 33 40 16 ou par mail à [contact@haddecorse.fr](mailto:contact@haddecorse.fr)***

**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*