



HAD Nati ea
BP 3959 - 98713 Papeete
Tél : 40 422 432 - Fax : 40 57 02 04
had@nati-ea.pf

Information préalable à destination des médecins prescripteurs d'HAD

Chers docteurs,

L'HAD fonctionne sur le même modèle qu'un hôpital conventionnel. Pendant sa durée d'hospitalisation, le patient est pris en charge à 100% par la Caisse de Protection Sociale pour ses soins, médicaments, matériel, à condition qu'ils soient **fournis exclusivement** par notre établissement.

Il est cependant important de signaler que tout achat en pharmacie ou chez un prestataire de matériel médical pendant le séjour HAD n'est pas pris en charge directement par la CPS.

Ainsi pour parfaire l'organisation de la prise en charge de vos patients, nous vous remercions de **transmettre directement vos ordonnances** et propositions de modifications de traitements à l'adresse medecins@nati-ea.pf. Le médecin coordonnateur de l'HAD se chargera de faire le lien avec les différents médecins intervenant dans la prise en charge du patient.

En outre, certains RDV peuvent être amenés à être déplacés, s'ils sont évalués par le médecin coordonnateur et/ou le patient comme redondants avec la prise en charge effectuée en HAD. Les RDV nécessaires sont bien sûr maintenus en accord avec le patient et le médecin prescripteur.

Enfin, nous vous invitons à contacter nos médecins à l'adresse medecins@nati-ea.pf ou au 40 422 432 pour tout besoin d'échanges ou d'informations complémentaires.

L'Hospitalisation à Domicile vous remercie de votre confiance.

Date de la demande : ... / ... / Date d'entrée en HAD souhaitée : ... / ... /

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Date de naissance :

Commune de résidence :

Adresse géographique :

BP :

Téléphone : Mail :

Numéro DN : Droits ouverts : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Personne de confiance : Téléphone :

Entourage familial présent : ☐ Oui ☐ Non

Vit : ☐ Seul ☐ Conjoint ☐ Enfant(s) : ☐ Autres :

PRESCRIPTEURS

Nom du médecin : Téléphone :

Mail :

Structure : Service :

Date d'entrée dans le service : ☐ Suivi EMSP

Nom du médecin traitant :

Commune : Téléphone : Mail :

Autres intervenants :

Nom de l'IDEL : Téléphone :

Nom de la pharmacie : Téléphone :

Nom du kinésithérapeute : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Patient BMR : ☐ Oui ☐ Non

 **Joindre impérativement :**

☐ Comptes-rendus médicaux ☐ Traitements en cours ☐ Dernier bilan biologique (+/- antibiogramme)

Pathologie principale :

Antécédents :

Allergies :

MOTIF DE PRISE EN CHARGE EN HAD

☐ Pansements complexes (Système PICO , escarre, ulcère, plaies post-op, stomie...durée du soin > 30 min/ j). Localisation :	☐ Autres traitements : drainage régulier d'un épanchement réfractaire (pleural ou péritonéal) par PleurX
☐ Traitement IV (antibiotiques, médicaments de la réserve hospitalière, ...)	☐ Prise en charge complexe de la douleur (PCA,...)
☐ Soins palliatifs	☐ Nutrition parentérale (autre motif à associer)
☐ Surveillance post chimiothérapie (aplasie, post-chimio, post-radiothérapie)	☐ Nutrition entérale (autre motif à associer)
☐ Sortie précoce de chirurgie	☐ Assistance respiratoire (autre motif à associer)

RENSEIGNEMENTS PARAMEDICAUX

Poids :

Taille :

Toilette/habillage :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Déplacement :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
	☐ Avec cannes	☐ Avec déambulateur		
Alimentation :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
	☐ Sonde de nutrition posée le : ... / ... /		☐ Troubles de la déglutition	
Continence :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
	☐ Protection	☐ Etui pénien	☐ SAD posée le : ... / ... /	
Comportement :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Communication :	☐ Autonome	☐ Supervision	☐ Aide partielle	☐ Aide totale

Voies d'abord :

☐ PAC posé le Gripper posé le :
☐ Picline / midline (impératif en cas d'antibiothérapie longue) posé le :
☐ VVP ☐ Sous cutanée

SUIVI

Examens programmés : le :
 Rendez-vous programmés : le :

Signature et cachet du médecin prescrivait l'HAD :



HAD Nati ea

BP 3959 - 98713 Papeete

Tél : 40 422 432 - Fax : 40 57 02 04

had@nati-ea.pf

PRESCRIPTION MEDICALE D'HAD

Je soussigné

Dr.....

sollicite une Hospitalisation à Domicile (HAD) pour mon patient :

M/Mme.....né(e).....

car il nécessite des soins techniques, complexes et ce, plusieurs fois
par jour.

Date :

Signature et tampon du médecin :



ENGAGEMENT DU PATIENT

Je soussigné (e),

Nom patronymique : Nom marital :

Prénom : Né (e) le :

DN :

Régime : ☐ RST ☐ RNS ☐ Salarié ☐ Sécurité Sociale

Certifie avoir été informé des conditions de prise en charge par HAD Nati-ea, et accepte notamment :

- ☐ D'être suivi(e) par le docteur d'HAD
- ☐ De ne pas faire appel, de mon propre chef, à une infirmière autre que celle de HAD Nati-ea.
Dans le cas contraire, leurs prestations seront à ma charge et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement par la CPS.
- ☐ Qu'en cas de problème ou d'urgence, je contacte directement HAD Nat-ea.

Signature du patient ou du représentant légal.

Je soussigné, Mr MOREAU Christophe, directeur d'activité HAD Nati-ea, certifie que
..... est pris (e) en charge à compter du
.....

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

A, le

Signature du représentant de HAD Nati-ea
(cachet du directeur d'activité HAD Nati-ea)