



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 auprès de l'Hospitalisation à Domicile
(HAD) pour mon patient :

M/Mme.....né(e).....

Né(e) le :

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

Date :

Signature et tampon du médecin :