|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institut de Réadaptation de Romainville | Date de la demande :Date d’admission souhaitée :DQP | LNA Santé |

**FORMULAIRE DE DEMANDE MEDICALE D’HAD-R**

Médecin adresseur :

NOM et prénom du patient :

Date de naissance :

Sexe : Masculin [ ]  Féminin [ ]

Adresse précise :

Tel : Mail :

Personne à joindre pour préparer l’HAD :

Tel : Mail :

Accord du patient : OUI [ ]  NON [ ]  Vit seul(e) : OUI [ ]  NON [ ]

Accord de l’entourage : OUI [ ]  NON [ ]

|  |
| --- |
| SYNTHESE MEDICALE / PATHOLOGIE PRINCIPALETRAITEMENT : joindre à la demande les ordonnances du traitement en coursA la sortie remettre le compte-rendu médical d’hospitalisation |

MOTIF DE LA DEMANDE de réadaptation en HAD

Objectifs thérapeutiques :

Interventions souhaitées : joindre les bilans déjà réalisés

|  |  |
| --- | --- |
| Ergothérapie : [ ]  | Kinésithérapie : [ ]  |
| Orthophonie : [ ]  | Suivi diététique : [ ]  |
| Suivi social : [ ]  | Psychologue : [ ]  |
| Infirmier : [ ]  | Aide-soignant : [ ]  |
| Enseignant Activités Physiques Adaptées : [ ]   | Autre intervenant : |