|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 PRINCIPALE  TRAITEMENT : joindre à la demande les ordonnances du traitement en cours  A 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 : |