



## HAD Deauville - Caen

Site de Deauville  
8 rue la brèche du bois  
14113 Cricqueboeuf

Site de Caen  
8 rue Sophia Antipolis  
14200 Hérouville Saint Clair

Merci de compléter  
LA DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE :

Tél. : 02 31 14 33 97 | Fax : 02 31 14 33 98  
Messagerie sécurisée\* had.polyclinique-deauville@lifen.mssante.fr

\*Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.

## PRESCRIPTION MÉDICALE D'ADMISSION EN HAD

### PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Tél patient et/ou famille : .....

Patient  Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

### PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : ..... Téléphone : .....

Le cas échéant, merci de préciser :

Etablissement hospitalier : ..... Service : .....

### PATHOLOGIE PRINCIPALE, motif(s) de prise en charge

### PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉE(S) et/ou antécédent(s) majeur(s) :

.....  
.....

### PROJET DE SOIN

Merci de nous adresser en complément le compte-rendu opératoire ou médical, les traitements en cours et résultats du bilan sang du patient

Date : .....

Signature :