



demande de  
**prescription**  
d'hospitalisation à domicile

à l'attention du médecin coordonnateur du service HAD de l'ASDR

[ N° APPEL UNIQUE : 0262 20 28 20 - N° FAX : 0262 45 74 59 ]

**Renseignements relatifs au médecin prescripteur**

Médecin prescripteur : ☒ médecin traitant ☐ médecin hospitalier  
Coordonnées : Nom DR TANQUY Bernand Email bm.tanguy@gmail.com  
Tél 0 262 - 41.77.53 Fax 0.970.630.637  
Hôpital (si prescripteur méd. hospitalier) : \_\_\_\_\_ Service (si prescripteur méd. hospitalier) : \_\_\_\_\_  
Suivi UMASP ou EMSP ☒ ☐ Accord du médecin traitant ☒ ☐ Accord famille/patient ☒ ☐  
Nom du médecin traitant DR I. Patel

**Renseignements concernant le patient et sa famille**

Nom et prénom(s) : M. BALDINOT, Genvais  
Date de naissance : 16/09/1926 Téléphone : 0262 94 38 42 Tél. portable : 06 92 32 60 91  
CP/Ville : 14 Rue de L'Escalette, n°/réserv. : \_\_\_\_\_  
97400 SAINT DENIS  
Personne référente : Mme LOLITA INARD Téléphone : 06 92 32 60 91  
Motif de la demande [ Au courant du diagnostic et pronostic :  
Patient ☒ ☐ Famille ☒ ☐ ]

Diagnostic : Embolie pulmonaire bilatérale, ACFA  
Historique de la maladie : Infarctus du myocarde en 1990; FEV4 à 35%, BDR droit, syndrome bilatéral, Adénome de la prostate, En 2012 Peritonite Stenose avec 1 an d'hospitalisation au CHU de Bordeaux.  
Antécédents et allergies : Embolie pulmonaire diagnostiquée en décembre 2014 puis sous Sintrom - Syndrome avec Hématome rétroperitoneal.  
Traitements : Embolisation fin février 2015 au CHU de Bordeaux  
Lasix 40mg x 2, Condensol 9mg x 2, Condanne 200mg x 1, Tansyferon B9, Auroclon 7mg x 1 mg/jour  
Épouse atteint de maladie d'ALZHEIMER  
SURVIE bilatérale

BMR : ☐ OUI ☒ NON  
Soins infirmiers : ☐ Nursing ☐ Perfusion sur chambre implantable ☒ Injection IV / sous cut. ☐ Pansement ☐ VAC  
☒ Autres : Kinésithérapie Respiratoire  
Poids (Kg) : 62,500K Taille (cm) : 1m 76  
Dossier médical fourni ☒ ☐ Lettre de sortie ☒ ☐

Difficulté à effectuer seul sa toilette  
+ OLA Oxygénothérapie de confort.



asdr

association de soins à domicile  
à la Réunion

demande de

# prescription

d'hospitalisation à domicile

à l'attention du médecin coordonnateur du service HAD de l'ASDR

## Groupe(s) de prise en charge (plusieurs choix possibles)

- ☒ Accompagnement en soins palliatifs
- ☐ Nursing lourd
- ☐ Prise en charge de pansements complexes
- ☐ Vaccinologie
- ☐ Nutrition entérale
- ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Antibiothérapie à usage hospitalier
- ☐ Prise en charge psychologique
- ☐ Prise en charge sociale
- ☐ Soins de réadaptation : rééducation neurologique, orthopédique ...

## Niveau de dépendance à l'entrée > Index de Karnofsky (cochez la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	100%	Normal, pas de plainte, pas de symptôme évident de la maladie Totale autonomie
<input type="checkbox"/>	90%	Apte à reprendre une activité normale – Symptômes ou signes mineurs de la maladie Totale autonomie
<input type="checkbox"/>	80%	Peut mener une activité normale mais avec efforts – Symptômes ou signes mineurs de la maladie Totale autonomie
<input type="checkbox"/>	70%	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale Autonomie mais à stimuler
<input type="checkbox"/>	60%	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plus part de ses besoins Semi-autonomie
<input type="checkbox"/>	50%	Nécessite une aide importante et des soins médicaux fréquents Semi-autonomie
<input type="checkbox"/>	40%	Inc capable, nécessite une aide et des soins particuliers Dépendant
<input checked="" type="checkbox"/>	30%	Sévérement handicapé Dépendant
<input type="checkbox"/>	20%	Très malade, soutien actif Absence totale d'autonomie
<input type="checkbox"/>	10%	Moribond Processus fatal progressant rapidement

Suivi social ☐ ☒ N

Suivi assuré par

Famille présente  
Docteur Bernard TANGUYSuivi psychologique ☐ ☒ N

Suivi assuré par

PNEUMOLOGUE

Merci de votre collaboration - L'équipe HAD de l'ASDR

Ancien chef de service au CHU de Bellepierre

Ancien Médecin des Hôpitaux

N° RPPS : 8 1000 211 096

Identification Assurance Maladie : 971404397

49 Allée des Topazes

97400 SAINT-DENIS

☎ 0262 41 77 53

Signature & Cachet  
(signature en noir)

CADRE RESERVE A L'ASDR

Demande reçue le :

.. / .. / ..

heure : .. h ..

par :

2/2