

### Critères d'entrée en HAD-R :

- ↳ État médical stabilisé
- ↳ 5 séances minimum de rééducation (45 minutes) par semaine
- ↳ Avec 2 rééducateurs différents parmi : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, psychomotricien

### MEDECIN DEMANDEUR :

Dr   Médecin traitant  Médecin hospitalier  
Etablissement :  Service :   
Adresse :  Téléphone :

### PATIENT :

Nom :  Prénom :   
Nom de naissance :  Sexe :  Femme  Homme  
Date de naissance :  N° Téléphone :   
Adresse :  Code Postal :   
Ville :  N° Téléphone :   
Personne à contacter :  N° Téléphone :   
Médecin traitant :  N° Téléphone :

Lieu où se trouve le patient au moment de la demande :  à domicile  hospitalisé

### Pathologie principale :

Troubles cognitifs :  OUI  NON

Troubles sensoriels :  OUI  NON

### Antécédents :

Prise en charge sociale débutée :  OUI  NON

Présence familiale ou autre :  OUI  NON

Préciser :

Le patient est capable d'alerter :  OUI  NON

Visite à domicile faite :  OUI  NON

### Degré de dépendance :

Besoin d'aide :  Habillage  Toilette

Alimentation  Déplacements :

### Plan de soins en cours :

IDE  Aide-soignant  Assistante sociale

Psychologue  Kiné  Ergothérapeute

Orthophoniste  Diététicien  Psychomotricien

Enseignant en activité physique adaptée (EAPA)

### Motif de la demande :

- Rééducation neurologique
- Rééducation Prévention Chutes
- Rééducation post chirurgie orthopédique
- Rééducation post chirurgie vasculaire
- Rééducation lymphœdème
- Rééducation Améliorée Chirurgie (RAC)
- Rééducation autre (avec potentiel de récupération), préciser :

### Objectifs de rééducation attendus :

### Professionnels à prévoir :

- IDE  Aide-soignant
- Assistante sociale  Psychologue
- Kiné  Ergothérapeute
- Orthophoniste  Diététicien
- Psychomotricien  Enseignant en activité physique adaptée (EAPA)

### Date d'entrée en HAD-R souhaitée :

- Joindre à ce document la liste des traitements et les Comptes-rendus médicaux
- Un médecin HAD vous contactera pour compléter le dossier médical si besoin (merci d'indiquer votre N° de téléphone)
- Envoyer les documents à l'adresse : Messagerie sécurisée : [had@had-mbc.mssante.fr](mailto:had@had-mbc.mssante.fr) ou [had.mauges.bocage.choletais@medical49.apicrypt.org](mailto:had.mauges.bocage.choletais@medical49.apicrypt.org)

Fait à  le  TAMPON ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR :