



**Formulaire de prescription d'HAD
filiale Pédiatrique à destination des
médecins**

QUAL.PARC.PED.ENR.131
Enregistrement
Création : 22/05/2026
Diffusion : 22/05/2026
Version : 0
p.1/

Date de la demande : Admission souhaitée le :

Médecin/Pédiatre prescripteur

Nom du médecin prescripteur : <input type="text"/>	Établissement : <input type="text"/>
Nom du médecin référent : <input type="text"/>	Service : <input type="text"/>
	Tél : <input type="text"/>
	Email : <input type="text"/>

Information concernant l'enfant

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Taille : <input type="text"/>	
Poids actuel : <input type="text"/>	
Parent 1 : Nom <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Numéro de téléphone <input type="text"/>	Parent 2 : Nom <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Numéro de téléphone <input type="text"/>
Fratrie : Nombre : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Présence au domicile	Place de l'enfant patient : <input type="text"/>
N° de SS : <input type="text"/>	
Tuteur si différent des parents :	
<input type="checkbox"/> Accord de la famille	Médecin traitant/Pédiatre Nom <input type="text"/> Téléphone <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accord du Médecin traitant /Pédiatre	Médecin Référent Hospitalier Nom <input type="text"/> Téléphone <input type="text"/>

ATCD et/ou Grossesse/accouchement

Néonataux : AG de naissance SA APGAR : Poids de naissance g TN PC :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies :

Vaccins/Croissance : joindre photos carnet de Santé

Demande à envoyer par mail sécurisé :

had@had-mbc.mssante.fr ou had.mauges.bocage.choletais@medical49.apicrypt.org

si pas de mail sécurisé à : accueil@had-mbc.fr

Motif(s) justifiant la demande HAD

- Néonate : Ictère Accompagnement à la parentalité Éducation thérapeutique des parents
- TTT IV: VVP
- VVC Broviac PAC
- Pansement Complexe : TPN MEOPA Localisation :
- Prise en charge douleur : PCA/PSE Bilan sur VVC
- Soins Respiratoire : Oxygénothérapie : L/min Lunettes MHC : En continu ou
- Trachéotomie Aérosolthérapie : fois/jour
- Soins Digestifs : SNG Jéjunostomie Gastrostomie Iléostomie/colostomie

Prise en soins prévue

Alimentation :

- Allaitement maternel Alimentation artificielle ml x biberons /jour Lait :
- Alimentation Entérale Produit :

Intervenants à prévoir

- Puéricultrices HAD Nombre de passages :
- IDE Libérales Nombre de passages :
- Psychomotricien Nombre de passages :
- Kinésithérapeute Nombre de passages :
- PMI Déjà suivi : Oui Non
- Autres :

Prescriptions de soins envisagés au domicile

- Thérapeutiques** (Joindre Ordonnance) Traitements injectables Perfusion : continue Discontinue
- Traitement : Per os Géré par : Parents IDE
- Par SNG Géré par : Parents IDE
- Joindre les derniers CRH

Date

Nom, Prénom :
signature et
tampon du Médecin prescripteur

Demande à envoyer par mail sécurisé :

had@had-mbc.mssante.fr ou had.mauges.bocage.choletais@medical49.apicrypt.org

si pas de mail sécurisé à : accueil@had-mbc.fr