



Prescription HAD

**Date de la demande :**

**Date envisagée de prise en charge**

Nom.....  
Prénom.....  
Date de naissance .....  
Adresse (de prise en charge envisagée) .....  
Tel du patient ou de l'aidant (à préciser) .....

**Médecin traitant** demandeur : ..... tel :.....  
RPPS .....

- **Motifs :**

**Pathologie** .....

**Antécédents** : .....

Histoire de la maladie .....

Evolution récente .....

Type de soins attendus : .....

Traitements (*ordonnance à joindre*): .....

Infirmier libéral du patient (IDEL) .....

Tel : .....

Éléments complémentaires (complexité médico psycho sociale) :.....

**A transmettre par messagerie sécurisée aux médecins HAD Santé Service Limousin  
(had.santeservicelimousin.87000@na-mssante.fr) ou en échangeant avec eux par téléphone au 05 55 43 19 80**

Document de référence pour demande HAD <https://adophad.has-sante.fr/>

<https://www.santeservicelimousin.fr/>

**PREREQUIS**

**Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si :**

- ❖ L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à :
  - un plateau technique au sein d'un établissement de santé ;
  - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).
- ❖ Le patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) **ET** n'est pas en capacité cognitive ou physique pour pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

**CRITERES D'INCLUSION DIRECTE (non cumulatifs)**

L'état de santé du patient nécessite-il l'administration de **médicaments de la réserve hospitalière** ?  
Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.

Le patient nécessite-t-il des **soins de nature hospitalière** ?  
Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.

Le patient relève-t-il d'un **parcours de soins encadré par un protocole défini avec une HAD** permettant un retour plus rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle ?  
Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (recommandations nationales existantes : HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité).

L'état de santé du patient nécessite-t-il **une charge en soins très importante** du fait de la fréquence élevée des interventions ou de la durée cumulée importante des soins sur son lieu de vie ?

OUI

OUI

OUI

OUI

**Patient éligible à une HAD**

NON

**CRITERES DE NIVEAUX D'INTERVENTION**

L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes ?

- Il est à **risque d'aggravation** ;
- Il a eu des **recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement** ;
- Il présente plusieurs **critères de complexité médico psycho-sociale**.  
Par exemple : polyopathie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex : isolement social, enfants en bas âge, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier au domicile, etc.)

OUI

NON

La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite-t-elle l'intervention d'une **équipe pluridisciplinaire** sur les plans médical, paramédical, social et psychologique impliquant un **besoin de coordination** important ?

OUI

NON

L'état de santé du patient nécessite-t-il une **continuité des soins 24h/24 et 7j/7** caractérisée par la possibilité d'intervention à tout moment d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?

OUI

NON

**Patient éligible à une HAD**

**Patient non éligible à une HAD**