



H2AD | MA SANTÉ CHEZ MOI[®]

Fax 24h/24 : 04 77 53 58 87

Prise en charge à domicile sécurisée

> **Expéditeur :** (merci de bien vouloir vous identifier : Nom, service, fonction)

N° de tél. direct : _____ N° de fax : _____

Créneau horaire : _____

> **Patient**

Nom : _____

Prénoms : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Téléphone : _____ Date de sortie prévue : ____/____/____

> **Objet de la prise en charge**

Perfusion, Nutrition, Lits, Autres (précisez) _____

Sortie simple sécurisée : (précisez) _____

> **Pathologie**

Voie d'abord : Périphérique S.C. Périphérique I.V. Centrale

Traitement médical prescrit : (Médicaments, dosage, posologie) _____

Soins de nursing : Oui Non


Cette demande de prise en charge à domicile sécurisée concerne les services mis en place par H2AD. Ceux-ci ont pour objet de faciliter le retour à domicile des personnes fragiles.

Bon pour accord

Le patient :

(signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour accord »)

allo
24h/24

 **N° Indigo 0 820 22 05 07**

0,09 EUROS TTC/MN*

OU 04 77 53 58 72