



### CRITERES DE PRISE EN CHARGE HAD

<b>SOINS PALLIATIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prise en charge d'un patient par l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et psychosociale pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital (cancer, maladies dégénératives, maladie d'Alzheimer, etc...) et soutien de son entourage.</li></ul>
<b>PANSEMENTS COMPLEXES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prises en charge de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus, etc.) et/ou multiples, ou de complications de stomie.</li><li>• Intervention supérieure à 30 minutes.</li><li>• Mode de prise en charge qui inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques.</li><li>• Traitement des plaies par aspiration négative TPN</li></ul>
<b>TRAITEMENT VEINEUX</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en place de traitement IV à délivrance hospitalière ou toutes situations complexes avec perfusions multiples</li><li>• Prise en charge complexe de la douleur avec moyens inhabituels types injecteurs</li></ul>
<b>SOINS DE NURSING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mode de prise en charge nécessitant une charge en soins supérieure à 2h30 par jour chez des patients dépendants.</li><li>• Il coexiste obligatoirement avec un autre mode de prise en charge</li></ul>
<b>ADMINISTRATION ET SURVEILLANCE</b> <b>CHIMIOTHERAPIE ET TRAITEMENTS ANTICANCEREUX</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour connaître les molécules éligibles à une réalisation à domicile, se rapprocher de l'HAD du territoire.</li><li>• La surveillance comporte : le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle.</li></ul>
<b>SORTIE PRECOCE DE CHIRURGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concerne les situations de raccourcissements de séjours longs de chirurgie conventionnelle nécessitant une intervention soignante au minimum 2 fois par jour ou &gt; à 30 min par jour.</li><li>• Il inclut tous les actes ciblés : chirurgie orthopédique (fracture du col du fémur proximal de 1<sup>e</sup> intention chez la personne âgée, prothèse totale du genou) et chirurgie digestives (résections rectales, interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon.</li></ul>
<b>POST TRAITEMENT CHIRURGICAL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concerne les situations de surveillance post chirurgicale et post interventionnelle nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieur à 30 min par jour.</li><li>• Il inclut également le traitement post-traumatologique comme l'alitement prolongé</li></ul>



Centre hospitalier de Périgueux

POLE MEDECINE - SSR

UNITE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

Tél. : 05.53.45.26.02

Fax : 05.53.45.27.87

Courriel : had@ch-perigueux.fr

Etiquette patient

HAD PERIGUEUX [ ] HAD RIBERAC [ ] HAD NONTRON [ ]
Situation familiale [ ] marié [ ] veuf [ ] divorce [ ] célibataire [ ]
Téléphone.....
Adresse .....
Médecin Traitant.....
Médecin Référent Hospitalisation ..... DECT.....
ETS/service .....

MEDICAL

MOTIF PRISE EN CHARGE

[ ] Soins Palliatifs/Fin de vie [ ] Pansement complexes [ ] Prise en charge de la douleur
[ ] Traitement intraveineux [ ] Sortie précoce de chirurgie [ ] Post traitement chirurgical
[ ] Surveillance Post chimio [ ] Surveillance Post radiothérapie [ ] Soins de nursing lourd
Cf définition des modes de prises en charge au verso

CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE .....

DETAILS SOINS INFIRMIERS (merci de joindre la photocopies des traitements en cours)

.....

ABORD VEINEUX [ ] Périphérique [ ] CIP [ ] Midline/Picline [ ] Sous cutanée
RENCONTRE EMASP [ ] OUI [ ] NON [ ] Demande EMASP

PARAMEDICAL

AUTONOMIE DU PATIENT Habillage [ ] oui [ ] non (préciser).....
Toilette [ ] oui [ ] non (préciser).....
Transfert [ ] oui [ ] non (préciser).....
Contenance Urinaire [ ] oui [ ] non (préciser).....
Contenance Fécale [ ] oui [ ] non (préciser).....
Troubles cognitifs [ ] oui [ ] non (préciser).....

ENTOURAGE FAMILIAL PRESENT AU QUOTIDIEN (dans le cadre des prises en charge palliative nécessité de présence pour alerter jour et nuit)
[ ] OUI (préciser)..... [ ] NON

Consent à l'HAD : Le patient OUI [ ] NON [ ]
La famille (dans le cadre de la prise en charge palliative terminale) OUI [ ] NON [ ]
Personne de confiance (nom et qualité) ..... N° de téléphone .....

AIDE EN PLACE (préciser le n° ou nom) [ ] SSIAD ..... [ ] AUXILIAIRE..... [ ] IDEL.....
Logement conforme eau [ ] électricité [ ] adapté au matériel médical [ ]

Date de la demande : ...../...../..... Date d'entrée souhaitée : ...../...../.....

A faxer 05 53 45 27 87
Courriel : had@ch-perigueux.fr

Signature et nom médecin