

Le Dr.....

Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Prescrit l'admission en hospitalisation à domicile pour**

Monsieur

Nom.....

Madame

Prénom.....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Adresse.....

.....

Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Antécédents / Histoire de la maladie**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pathologie principale**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Motif de la demande HAD / Projet Thérapeutique**

.....  
.....  
.....  
.....

**Merci de joindre toutes les ordonnances nécessaires à la prise en charge.**

Fait à .....

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Signature et cachet du Médecin traitant