



Continuité de la prise en charge thérapeutique: Points de vigilance sur l'entrée et la sortie d'HAD

- ◆ *C. Champagne – ASSAD-HAD*
MP. Lemeux – ASSAD-HAD





Contexte général de l'entrée en HAD

- L'ASSAD-HAD intervient au domicile de manière ponctuelle

- Typologie de patient :

- avec une pathologie chronique
- avec une pathologie aigue
- en fin de vie

- Quelque soit le domicile :

- Domicile/ EHPAD/petite unité de vie/MAS/FAM

- Chez des patients de tout âge :

- personnes âgées/enfants/nourrissons/adultes

- En provenance :

- d'hospitalisation complète, HDJ, Consultation
- d'un SSR
- d'un relai SSIAD
- d'un relai au domicile

— demande du médecin traitant

} Via trajectoire ou prescription HAD

} Via prescription HAD



Demande ViaTrajectoire

- Madame, Monsieur,

[Ce message est généré automatiquement par le logiciel **ViaTrajectoire Production**.]

L'unité de soins **Chirurgie digestive colorectale HC et HS** (CHRU TROUSSEAU - CHAMBRAY) vous transmet la **demande d'admission n° 2933308**.

Unité concernée : **secteur adulte**

Pour consulter la demande et y répondre, cliquez sur le lien ci-dessous (ou recopiez le dans votre navigateur).

<https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/pages/AccesRestreint/Sanitaire/PrescriptionReceveur.aspx?ID=c0fb4c6e32c54397ba62841ab0bc8eb7&IdResOrient=45580877&modePage=ra>

Alternative : Connectez-vous à ViaTrajectoire, accédez à votre tableau de bord, cliquez sur la demande n° 2933308 envoyée par **Chirurgie digestive colorectale HC et HS**

Remarque : si vous avez **déjà reçu un mail pour cette demande**, cela signifie que l'unité prescriptrice a **modifié la demande** puis vous l'a renvoyée.

NB : Si vous ne souhaitez plus recevoir ce type de notification, vous pouvez désactiver celui-ci depuis la page Administration/Mon compte de ViaTrajectoire.

née le : 1 - Demande d'admission n°2904156 Reçue le 10/11/2016

Admission souhaitée le 15/11/2016 | Retour à domicile avant entrée en SSR : non → **ASSAD HAD Loches | secteur enfant**

(Nom de naissance :)

Femme, née le : à : | Pays : FRANCE
 Domicile : | Pays : FRANCE
 Téléphone :

Lieu de recherche géographique lors de l'orientation :

Situation professionnelle Retraité
 Personne à prévenir (tel :), lien de parenté :
 Médecin traitant (tel :)

Service demandeur

CH :

Médecin demandeur

Cadre infirmier

Assistant social Non renseigné Non renseigné Non renseigné

Prescription médicale (selon le thésaurus de ViaTrajectoire)

Pathologie et objectifs de prise en charge

Amputation de membre inférieur, niveau jambe ou cuisse
 - Amputation dans le cadre d'une pathologie artérielle ou diabétique, la cicatrisation du moignon est obtenue
 - Pour autonomisation sans appareillage

Conditions liées au patient et à son environnement

07- Le patient est une personne âgée fragile, poly pathologique, présentant des maladies chroniques et aiguës avec risque de décompensations et intrication de problèmes somatiques, psychiques et sociaux.

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge

Convalescence après un séjour au service de neurologie au CHU pour une prise en charge diagnostic et thérapeutique d'une tétraparésie progressive sans étiologie retrouvée chez une patiente diabétique multi-compiquée et amputée en trans tibiale droite dans le cadre d'une AOMI. Amputation trans-tibiale gauche le 06/10/2016.

Ressources supplémentaires requises Aucune

Patient stabilisé Oui

Date d'hospitalisation 11/08/2016

Date de l'intervention chirurgicale Non renseignée

Antécédents

Antécédents médicaux chirurgicaux et psychiatriques Diabète de type II insulinoréquant depuis février 2016 ; obésité ; cécité de l'œil droit ; prothèse de rotule droite sur AVP ; hystérectomie sur fibrome.

Comorbidités actives

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? Non renseigné

Information du patient

Le patient est informé sur :

Le diagnostic Oui Le pronostic Non

La famille est informée sur :

Le diagnostic Oui Le pronostic Champ non renseigné

Commentaires

Directives anticipées

Traitement prévisible à poursuivre

Traitement	Posologie	Observation
Cf plan de soins		

née le : - Demande d'admission n°2904156 Reçue le 10/11/2016

Modes d'administration du traitement Non renseignés

Autres éléments : infirmiers, indépendance, communication, ...

Poids kg Taille IMC

Ventilation RAS

Etat cutané Plaies (Localisation : cicatrice mognon g, Soins : hydrocellulaire), Escarres (Localisation : Sacrum, Soins : Nitrate d'argent sur bourgeon)

Statut infectieux Non recherché
 Commentaire : (Max. 200 caractères)

Appareillage RAS

Communication RAS

Troubles de la conscience / humeur / cognitifs / comportementaux RAS

Capacités fonctionnelles

Déplacements : Aide complète, Fauteuil roulant

Transferts : Aide complète, Lève malade

Faire sa toilette :

Haut : Aide complète

Bas : Aide complète

Hygiène intime : Aide complète

Habillage :

Haut : Aide complète

Bas : Aide complète

Aller aux toilettes : Aide complète

- Elimination urinaire : Incontinence

- Elimination fécale : Incontinence

Alimentation : Aucune aide

Informations complémentaires Non renseignées

Rendez-vous pris pour le patient Non renseigné

Statut microbiologique et infectieux Non renseigné

Prélèvement de dépistage BMR-BHRe (Entérobactérie productrice de carbapénémases ou Entérocoque résistant aux glycopeptides) Non effectué à ce jour

Gale Non

Clostridium difficile Non

Autre maladie contagieuse Non

Prise en charge du séjour

Numéro de sécurité sociale

Caisse d'affiliation Non renseignée

Mutuelle Non renseignée

Forfait journalier Non renseigné

Supplément chambre seule Non renseigné

Aspect social

Contexte de vie

Le patient vit-il seul ? Non

Intervenants à domicile avant l'hospitalisation Non renseignés

Logement Non renseigné

Protection juridique Non renseignée

Orientation pour le devenir du patient

Devenir Retour à domicile possible et souhaité par le patient et son entourage

Commentaires Déménagement début novembre pour pouvoir accueillir

Réinsertion professionnelle précoce à prévoir Non renseignés

Démarches envisagées Organisation d'aides et soins à domicile

Informations importantes à signaler

Non renseignées

Pièces jointes

• plan_soins



RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur :

- Médecin traitant : Nom : Tél. :
- Médecin hospitalier : Nom : Tél. :
- o Etablissement :
- o Service :
- o Date d'hospitalisation dans le service :

Médecin traitant informé : Oui Non

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE PATIENT ET SA FAMILLE

Patient / Famille informé : Oui Non

Nom et prénom(s) du patient : Date de naissance : / /

Adresse : Téléphone :

Code Postal : Ville : Tél. portable :

Nom de la personne référente : Téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE

Diagnostic principal :

Résumé de l'histoire de la maladie :

Antécédents :

Projet thérapeutique visé :

Projet de soins :

Traitement médicamenteux (joindre une copie de l'ordonnance du traitement médicamenteux en cours)

Compte rendu de séjour disponible :

Suivi social : Oui Assuré par : Non A envisager

Suivi psychologique : Oui Assuré par : Non A envisager

CACHET MEDICAL

SIGNATURE / DATE



En amont de la prise en charge

L'infirmière d'admission rencontre le patient (et l'entourage) et complète un recueil de données comprenant:

Renseignement sur l'état civil

Aide à domicile Provenance

Listing des partenaires libéraux

Bilan de préentrée en HAD: Diagnostic médical/motif de pec/orientation post HAD (fin de vie au domicile ?)/Allergies/transfusion/notion de BMR

Traitement à l'entrée en HAD:

Plan de soins

Liste du matériel/ équipements médicaux/consommables

Couverture sociale // Nature des ressources

Conditions de vie : habitat/pièce où sera installé le matériel

Bilan général d'entrée: selon les 14 besoins de Virginia Henderson

Boire et manger

Gestion du traitement à l'entrée en HAD (si médicaments écrasés, consultation de la liste régionale des médicaments per os de l'OMEDIT Haute Normandie)

TRAITEMENT EN COURS

PER OS :

.....
.....

INJECTIONS/PERFUSIONS :

Voie d'Abord : KTP Picline VVC CIP KTSC Autre:.....

Protocole de désinfection : Bétadine alcoolique Chlorhexidine

Date de pose :

Changement aiguille de Huber : Taille de l'aiguille de Huber :

Date du pansement : Fréquence de réfection :

AUTRES TRAITEMENTS (Aérosol, Ventilation, Oxygénothérapie, SNG, Meopa ...):

.....
.....

PANSEMENTS :

Type : Simple
 Complexe : VAC PICO Autres :.....

PLAIE 1

Localisation et taille :

Protocole :

Fréquence :

Temps de pansement :

Photos : oui non

PLAIE 3

Localisation et taille :

Protocole :

Fréquence :

Temps de pansement :

Photos : oui non

PLAIE 2

Localisation et taille :

Protocole :

Fréquence :

Temps de pansement :

Photos : oui non

PLAIE 4

Localisation et taille :

Protocole :

Fréquence :

Temps de pansement :

Photos : oui non

BOIRE ET MANGER

POIDS : TAILLE :

non pesable

Intervention Diététicienne HAD : oui non

Diététicienne déjà rencontrée : oui non Si oui, Nom :

AUTONOMIE :

- Autonome
- Supervision (aide à couper les aliments)
- Installation
- Stimulation
- aide partielle
- aide totale

REGIME :

- sans sel
- sans sucre
- sans fibre
- sans résidus
- hyper protidique
- hypercalorique
- Hypo protidique
- Alimentation plaisir
- Autre :

TEXTURE :

- normal
- mixée
- mouliné
- haché
- autre

DEGLUTITION :

- Normal
- Surveillance
- nécessite un épaississant

HYDRATATION :

- normal
- restriction hydrique Ml/jour

QUALITE DE L'APPETENCE :

- Bonne
- Aléatoire
- Mauvaise

NUTRITION ENTERALE

- SNG
- Gastrostomie
- Jéjunostomie
- Autre :
- Produit utilisé :
- Quantité :
- Durée :

NUTRITION PARENTERALE :

- PAC Produit utilisé : Quantité : Durée :
- KTC
- Autre :

COMPLEMENTS ALIMENTAIRES :

Type : Quantité/jour :

Parfums :

SURVEILLANCE PARTICULIERE :

.....
.....



Date : Version : Document réactualisé le :

(Prendre un nouveau document pour tracer la réactualisation de la gestion des traitements médicamenteux)

Nom : Prénom : IPP :

Le patient n'a pas de traitements médicamenteux à l'admission

Préparation des traitements médicamenteux

La préparation des traitements médicamenteux est réalisée au regard de la prescription.

Réalisation de la préparation par :	Médicaments per os		Médicaments injectables	
	Oui	Non	Oui	Non
Le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage Précisez le lien de parenté :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmier libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmier salarié de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'établissement d'hébergement Précisez la fonction :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Administration des traitements médicamenteux

L'administration des traitements médicamenteux est réalisée au regard de la prescription.

Médicaments à écraser : **Oui** **Non**

(Si oui, vérifier si cela est possible à l'aide du document qualité « Administration des formes orales sèches »)

Réalisation de l'administration par :	Médicaments per os		Médicaments injectables	
	Oui	Non	Oui	Non
Le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entourage Précisez le lien de parenté :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmier libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmier salarié de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les aides de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'établissement d'hébergement Précisez la fonction :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Professionnel de l'HAD
Nom et fonction :
Signature :

Signature du patient
ou de son représentant :



En amont de la prise en charge

- **Obtention de l'accord du médecin traitant du patient** pour la prise en charge HAD
- L'ASSAD-HAD n'a pas de pharmacie à usage intérieur.
 - la pharmacie d'officine du patient est notre partenaire, qui réalise l'analyse pharmaceutique de niveau 1 avec l'ensemble des ordonnances
 - une convention avec les pharmacies hospitalières





Prise en charge HAD

- La veille de l'entrée en HAD :
 - réception des ordonnances par fax pour les envoyer à la pharmacie d'officine,
 - pour certains patients ciblés, une prise de connaissance des ordonnances par le pharmacien HAD

Difficultés rencontrées:

- Ordonnance non reçue à temps
- Ordonnance reçue et faxée à la pharmacie; avec au domicile, une ordonnance différente
- Prescription de médicaments non écrasables chez un patient atteint de troubles de la déglutition (ex: SEP avec sonde nasogastrique).

.....





■ Exemple d'erreurs

Dexaméthasone : 40mg : prescription de 0,5 cp.

Le pharmacien d'officine a délivré de la dexaméthasone 0,5mg, alors que c'était un médicament hospitalier → crex avec actions correctives

Sandostatine délivrée par l'officine en seringue pré remplie SC pour une préparation en pompe IV

Gilenya prescrit par un neurologue pour une patiente atteinte de SEP ayant une sonde de gastrostomie. → La gélule ne doit pas être ouverte.
Prescription annulée.



- Exemples d'ordonnances

Dr Y. B



Dr J. P



Dr B. G



Dr C. N



Dr D. M



Dr J.-M



- le visa d'exportation et le visa pour l'usage, le régime de la vente en gros.
Si nécessaire et si règlementé par la loi, le visa "Non exportable" avec la destination de la spécialité prescrite. (article R 5125-54 du CSP).
NB : préciser à l'apogée de l'ordonnance l'adresse cadastrale pour le Pharmacien de l'Hôpital et en informer le malade.

Prescription relative au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) AFFECTIION EXONERANTE (ALD)

- ① Paracétamol 1g Voie orale
1 cp toutes les 8^h en systématique.
- ② Aéroproleum 0,5 mg Voie orale
1 cp matin - midi - soir
- ③ Methylprednisolone 60 mg IV
1 injection à 8^h
- ④ Pantoprazole 40 mg IV
1 injection à 8^h
- ⑤ Ondansetron 8 mg IV
1 injection 2x/J si nausées et/ou vomissements
ou soulagées par le metoclopramide

Prescription sans rapport avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

- ⑥ metoclopramide 10 mg IV
1 injection toutes les 8^h en systématique.
- ⑦ Largachil 25 mg IV
50 mL / 24h (2,08 mL/H).
- ⑧ Chlorure de sodium 0,9% 1L IV
1 poche / 24h

CSP / mois



Dr Y. B



Dr J.-P



Dr B. G



Dr C. N



Dr D. M



Dr J.-M



Dr L. P



Rappel: l'article R 5123-55 du CSP recommande que la prescription de médicaments soit faite en détermination commune (DC). Elle doit comporter :

- le(s) principe(s) actif(s) désigné(s) ou DC ou leur(s) usage(s) en principe netif.
- la voie d'administration et la forme pharmaceutique, la posologie et la durée de traitement.

Et nécessaire et sur arguments motivés, indiquer "Més substituables" avant la détermination de la spécialité prescrite. (article R 5125-54 du CSP).

NB : préciser s'il s'agit de médicaments délivrés ou non par le Pharmacien de l'hôpital et en l'absence de mention.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) AFFECTION EXONÉRANTE (ALD)

- 1) Solumedrol 120mg 1x/j le matin IV
- 2) Lipomp IV 40mg, 2x/j matin et soir pdab 15min
- 3) Acupan IV 20mg, si besoin 3x/j sur 7h
- 4) Lovenox SC 4000 U, 1x/j le soir
- 5) Perfalgan 1g si besoin 4 fois/jour IV pendant 30min
- 6) Topalgique IV 50mg si besoin: 4x/jour

Prescriptions SAUS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

- 7) Spaston IV 80mg si besoin 3x/jour pendant 20min
- 8) Prémperan IV 10mg si besoin 3x/jour pendant 15min
- 9) Sandostatine IV 600µg Seringue électrique 8x 24h
- 10) Sodium chlorure VIAFLU IV 500ml pendant 24h
- 11) Glucidion 1000ml pendant 24h

Nbre de spécialités prescrites

11

Nom et signature du prescripteur N. G

Date de la prescription

10/10/16

NB : le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou coller immédiatement l'appareil à usage unique encre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié.

Les médicaments prescrits sur cette ordonnance sont substituables sauf mention contraire du prescripteur. (cf art. R5123-54 du CSP)

NB : 1^{er} et 2^{ème} feuillets à donner au patient ; 3^{ème} feuillet à insérer dans le dossier patient

N° RECETTES :

interne

Requis: l'article R 5125-53 du CSP recommande que la prescription de médicament soit faite en désignation commune (DC). Elle doit comporter :

- le(s) principe(s) actif(s) désigné(s) en DC et leur(s) dose(s) en principe actif.
 - la voie d'administration et la forme pharmaceutique, la posologie et la durée de traitement.
- Si nécessaire et sur arguments motivés, indiquer "Non substituable" avant la désignation de la spécialité prescrite. (article R. 5125-54 du CSP).

NB : préciser s'il s'agit de médicaments délivrés exclusivement par le Pharmacie de l'hôpital et en informer le patient.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) **AFFECTION EXONERANTE (ALD)**

SANDOSTATINE LIQ 30 mg :

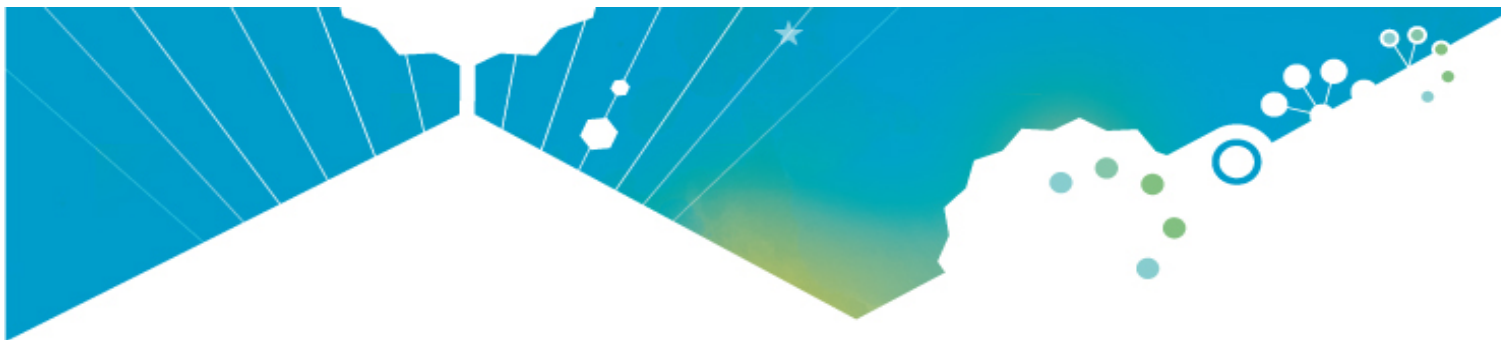
1 injection par voie iv tous les 28j -

A débute le 18.10 -

QSP 3 mois



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)



- L'ensemble des médicaments sera facturé à l'HAD:
 - Sandostatine 600µg/jour: le pharmacien a délivré pour 7 jours (boite de 6 donc 12 jours de traitement délivré) soit 798 €
 - Sandostatine LP 30mg: 1418 € (injection à faire par l'HAD le lendemain de la sortie hospitalière !!)
- T2A pour ce patient: de J1 à J5: 368 €

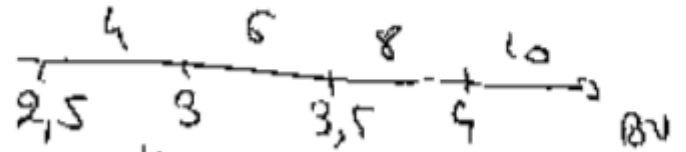


A430



Kabiven 1900 kcal : une poche / jour
 Cervevit 1 A par jour } dans Kabiven
 Tracutal 1 A par jour }
 Uramine K : long 1 fois par semaine
 Covenox 0,4 ml : 1 fois par jour, 18h
 Pampéran long : 1 A 3 fois par jour
 si besoin

Humuline rattrapage 3 fois par jour
 si besoin



Naphtin 1000 milligrammes 1000 mg quidi
 heures 1000

Naphtin 1000 milligrammes : toutes
 les fois par jour si besoin Perade

refractaire 1h -
 Par mis d'urgence en mon absence, composez le 15.
 Membre(s) d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.
 1000 mg par jour



Morphine : quarante milligrammes par jour +
les autres peut-être un peu plus, cherchant
avec la prescription précédente.

Délivrons deux boîtes de morphine ~~prolongée~~
Soit vingt unités -
le 10/11/2016.

14 NOV. 2016





Ré entrées en HAD

- patient pris en charge en HAD, hospitalisé dans un centre hospitalier et qui revient au domicile en HAD.

La demande de retour du patient en HAD repasse par les admissions de l'HAD

Difficultés rencontrées:

- le patient nous prévient lui-même de son retour: aucun compte rendu d'hospitalisation/aucune ordonnance
- le service nous prévient mais le patient n'a aucune prescription lors de son retour au domicile

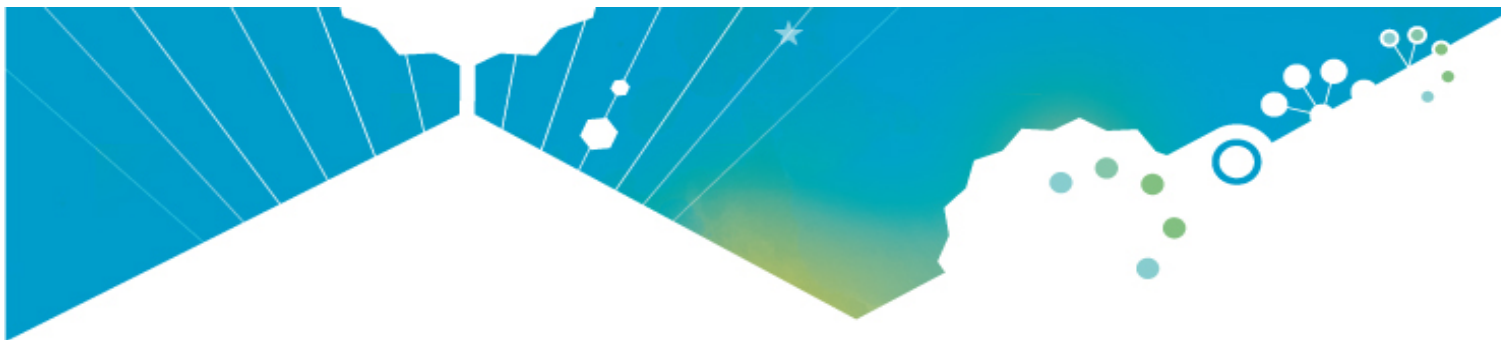




Au quotidien

- Traitement spécifique (ex: cardio/psy) non prescrit par le service d'hospitalisation. Difficulté d'obtention d'une ordonnance récapitulative de l'ensemble du traitement
- Pharmacie d'officine fermée le lundi matin/ le samedi après midi
- Armoire à pharmacie du patient avec des traitements arrêtés /automédication....
- Multiples rupture en ville (Solumédrol/Ondansetron inj/Haldol inj)
- Pas de détail sur l'ordonnance sur les données de reconstitution / dilution / temps de perfusion





Rôle du pharmacien HAD à l'ASSAD-HAD

- Pharmacien conseil auprès des équipes de terrain
- Travail de fond sur la reconstitution / dilution / temps de perfusion avec transmission aux équipes IDE
- Gazette du pharmacien avec transmission d'informations sur le circuit du médicament
- Formation des nouveaux infirmiers: accès à l'armoire d'urgence/procédures en place/accès à la banque Claude Bernard/remises de documents divers sur le bon usage des médicaments/modules elearning....
- Organisation annuelle de la semaine sécurité patients
- Chambre des erreurs en 2015
- Mise en place des Crex (en équipe pluridisciplinaire)
- Validation en équipe des ordonnances avec des médicaments prescrits n'ayant pas l'AMM par voie sous cutanée (spécificité des prises en charge palliative)

.....





La sortie d'HAD

- le décès
- le transfert vers un autre établissement: fiche de liaison + copie des ordonnances
- Fin d'HAD/ fin de traitement
- relai libéral/ EHPAD
- Relai SSIAD: fiche transmission SSIAD

Le courrier de fin d'hospitalisation du médecin coordonnateur reprend le traitement à l'entrée et le traitement à la sortie.



ANTENNE DE :
DATE :

NOM RESPONSABLE :

NOM REDACTEUR DE LA FICHE :

FICHE DE LIAISON ASSAD-HAD

NOM – PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL. :

PERSONNE A PREVENIR : **TEL. :**

MEDECIN TRAITANT : **TEL. :**

ENVIRONNEMENT :

LANGUE PARLEE : **ETAT DE CONSCIENCE :**

MOTIF D'HOSPITALISATION / CS / PB DU JOUR

ATCD / ALLERGIES

DERNIERES THERAPEUTIQUES RECUES

SOINS INFIRMIERS

RESUME DU SEJOUR EN HAD :

DOULEUR (Type d'échelle + localisation+Type) :

VOIE(S) D'ABORD : PAC IV KTC S/C

Date dernière pose :

PANSEMENT(S) (Localisation(s) + dernier(s) protocole(s) appliqué(s)) :

AUTRES SOINS / SURVEILLANCE(S) PARTICULIERE(S) (ex : Soin trachéo – glycémie – T.A...):

R.D.V. PREVUS :



Perspectives d'amélioration

À court terme:

- Fournir les données biologiques aux pharmacies d'officine pour évoluer vers une analyse de type 2
- Valider avec l'officine la concentration des ampoules à commander pour la mise en place de pompe
- Rajouter dans le recueil de données HAD la notion d'un traitement personnel (ex: ttt cardio/rhumato/ophtalmo...)
- Préciser dans le courrier de sortie les patients ayant des troubles de la déglutition du patient avec les adaptations de traitement
- Amélioration de la transmission de sortie vers les libéraux/EHPAD

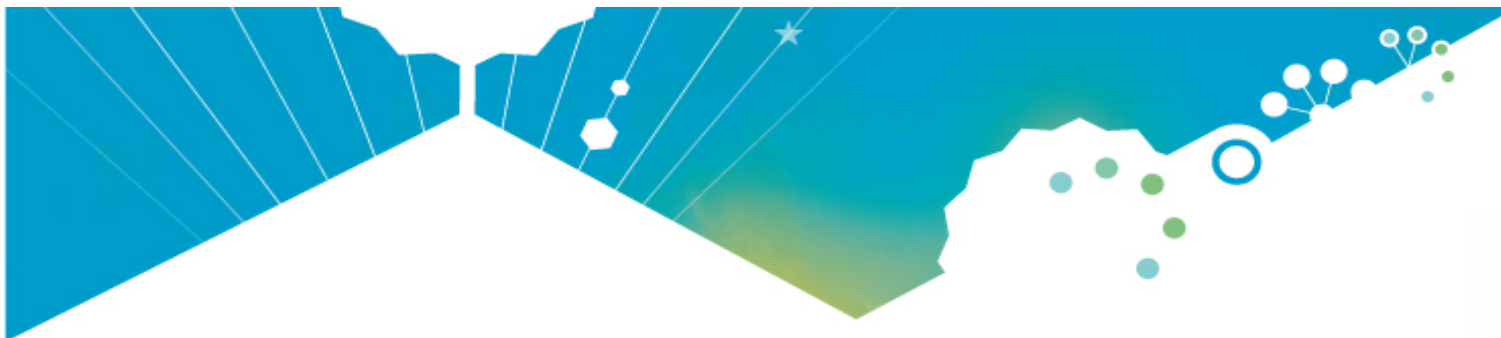


Perspective d'amélioration:

À moyen/ long terme:

- Mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient en HAD ??
- Ordonnance récapitulative de sortie d'HAD établie par le médecin coordonnateur ??
- Accès au DMP
- Accès à la Messagerie sécurisée de santé
harmonisation des pratiques entre libéral et l'HAD





UN GUICHET UNIQUE D'ADMISSION HAD



	ASSAD-HAD Indre et Loire	ASSAD-HAD d'Eure et Loir ASSAD-HAD du Loiret
Téléphone	02 47 70 42 72	02 45 40 04 71
Mail	admission@assad-had.org	admission2845@assad-had.org
Fax	02 47 70 42 49	02 45 40 03 79
Trajectoire sante	https://viatrajectoire.sante-ra.fr	

