

Je soussigné(e),

Docteur .....

certifie que l'état de santé de

M.....

domicilié(e).....

.....

nécessite une prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD).

Orientation Palliative :       **Oui**                       **Non**

A....., le.....

Cachet du médecin Prescripteur

Signature

***A faxer avec les ordonnances de Sortie au 04 73 78 55 74***

***Par mail sur [contactmedical@had-aurasante.com](mailto:contactmedical@had-aurasante.com)***

***ou par messagerie sécurisée : [contactmedical@had-aurasante.mssante.fr](mailto:contactmedical@had-aurasante.mssante.fr)***

**(Traitement per os, injectable, O2, nutrition entérale, pansements, rééducation.....)**

V4, le 18/08/2017-EC

Siret : 305 377 046 00050 - Code APE : 8610Z

