

Annonce d'accouchement à la Clinique de La Source

document à envoyer par email à reservations@lasource.ch

Nom du médecin: _____

Identité de la patiente

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

N° de portable: _____

Accouchement

Date du terme: _____

Gestité: _____

Parité: _____

AVB

Césarienne

indications:

date prévue: _____

heure: _____

entrée prévue: _____

heure: _____

Lors de césarienne programmée, le gynécologue se charge de transmettre au pédiatre du séjour la date et l'heure, ainsi que le dossier de sa patiente.

Pédiatre du séjour: garde

Dr/e

Pédiatre RAD (si différent): _____

Laboratoire

Immunisée

Non Immunisée

Toxo :

Rubéole :

CMV :

Rougeole :

Hépatite B :

positif

négatif

HIV :

VDRL :

Hépatite C :

Strepto B :

fait le : _____

pas testé

Groupe sanguin : _____

Rhophylac fait le: _____

Ac irréguliers : _____

Assurances / forfaits

Assurance de base

Nom de l'assurance: _____

N° de l'assurée: _____

Assurance complémentaire

Nom de l'assurance: _____

N° de l'assurée: _____

La patiente est assurée en division:

privé

semi-privé

souhaite un surclassement en privé,
uniquement si disponibilités lors de son entrée

commune

choix du forfait:

privé

semi-privé

Anamnèses

Antécédents médicaux / chirurgicaux / familiaux

..... :
..... :
..... :
..... :

Antécédents obstétricaux

..... :
..... :
..... :
..... :

Examens et surveillances

Diabète gestationnel: non

oui

Hypertension artérielle: non

oui

US morphologique:

Traitement:

Autres:

Vaccinations

Grippe

date : _____

Rubéole

date : _____

VRS

date : _____

Covid

date : _____

Coqueluche

date : _____

2^e parent

date : _____

