

Confirmation de demande d'admission

(A faire parvenir par Email ou par fax au Service des réservations)

Date d'entrée:	Heure :
Durée de séjour:	
☐ Hospitalisation ☐ Ambulatoire	
Prestation complémentaires	
☐ La Source à domicile : ☐ Visites et soins infirmiers (joindre prescription médicale) ☐ Autres:	

Patient

Nom du médecin: _____			
Nom du patient: _____		Prénom : _____	
Date de naissance: _____		Sexe: M ☐ F ☐	
Profession: _____		Etat-civil: _____	
Adresse: _____			
N° postal: _____		Lieu : _____	
Tél. privé: _____		Tél. parenté: _____	
Employeur : _____		N° accident: _____	
Nom + N° de l'assurance de base: _____		Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐	
Nom + N° assurance complémentaire: _____		Catégorie: P ☐ SP ☐ CC ☐	
Sans assurance (dépôt) Frs: _____		Souhaits chambre P ☐ SP ☐	

Diagnostics et motif d'hospitalisation (CIM) Principaux & secondaires y.c. comorbidités

(Merci de nous indiquer les codes CIM)

Lettre ou dossier médical du médecin traitant ☐

Intervention(s) (CHOP)

(Merci de nous indiquer les codes CHOP)

Voie d'abord: Tomie ☐ Scopie ☐

Préparation à l'intervention (si différent du schéma habituel de l'opérateur)

Instruments et matériels spécifiques:

Installation du patient: ☐ Amplificateur de brillance ☐ O-Arm ☐ Robot

Date :	Heure:	Durée:	heure(s)
Soins intensifs:		nuit(s)	
Anesthésie: générale ☐	péridurale ☐	☐ Risque PRION* : non ☐ oui ☐	
Allergies: latex ☐	iode ☐	HIV ☐	Hépatite ☐ MRSA ☐ Autres ☐

Examens (ont été faits oui ☐)

Mode d'acheminement au Service des réservations: par Email ☐ courrier ☐ fax ☐ autre ☐

Laboratoire :

Groupe Rh.: oui ☐ non ☐ Sang : flacon(s) Autotransfusion: oui ☐ non ☐

ECG: oui ☐ non ☐

Radiologie: Radiographie du thorax: oui ☐ non ☐ Autres :

Suivi diététique post op.: oui ☐ non ☐

Physiothérapie: ☐ Pré-op: ☐ Post-op.: ☐ Sortie CLS: ☐

* Symptômes SNC progressifs, anamnèse familiale positive, injections hormones de croissance ou opération sur le SNC avant 1995

Médecin:

Date:

