

Date d'entrée:	Heure:
Durée de séjour:	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Ambulatoire	
Prestations complémentaires	
<input type="checkbox"/> La Source à domicile: <input type="checkbox"/> Visite et soins infirmiers (joindre prescription médicale) <input type="checkbox"/> Autres:	

Confirmation de demande d'admission

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

● Patient

Nom du médecin: _____

Nom du patient: _____ Prénom: _____ Sexe: M F

Date de naissance: _____ Profession: _____ Etat-civil: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Lieu: _____

Tél. privé: _____ prof.: _____ Portable: _____ 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: _____ Souhait chambre P SP

● Diagnostic 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: _____