

Date d'entrée:

Heure:

Durée de séjour:

Hospitalisation

Ambulatoire

Prestation hôtelière facultative

Une nuitée avec petit déjeuner

Autres:

Confirmation de demande d'admission

(A faire parvenir par poste 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: _____

Souhaits chambre P SP

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

Lettre ou dossier médical du médecin traitant

● Intervention(s) (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)

Soins continus: _____

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 courrier

fax

autre

Laboratoire: _____

Groupe Rh.: oui non

Sang: _____

flacon(s)

Autotransfusion: _____

oui

non

ECG: oui non

Radiologie: Radiographie du thorax: oui non Autres: _____

Physiothérapie: Pré-op: _____

Post-op.: _____

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

Médecin: _____

Date: _____

Voir page suivante

Date d'entrée:

Heure:

Durée de séjour:

Hospitalisation

Ambulatoire

Prestation hôtelière facultative

Une nuitée avec petit déjeuner

Autres:

Confirmation de demande d'admission

(A faire parvenir par poste 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

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

Lettre ou dossier médical du médecin traitant

● Intervention(s) (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) Soins continus: _____ nuit(s)

Anesthésie: générale péridurale Risque **PRION***: non oui

Allergies: latex iode HIV Hépatite MRSA Autres

● Information pour service infirmier Problèmes médicaux à prendre en compte pour l'hospitalisation: (par ex. Allergies, HTA, asthme, diabète, hépatite, HIV +, dépendance médicaments/alcool/drogue):

Traitement en cours:

Informations que le patient a reçues par rapport à son diagnostic et à son hospitalisation:

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

Médecin:

Date: