

Demande d'admission

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN DEMANDEUR

- Yverdon DaisY St-Loup
 Hospitalisation AMBX (SH) Examens fonctionnels GRACE

Transmis en PH :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Etat civil : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Rue :	NPA: Localité:
Tél. privé :	Adresse mail :
Tél. contact :	Chez :
Profession :	Employeur :
Genre : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> AI
Assurance :	N° assuré :
Assurance compl. :	N° assuré :
Date accident :	N° Sinistre :
Catégorie : <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> ½ Privé	<input type="checkbox"/> Privé
Médecin traitant :	Interprète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Langue:

Diagnostic :

Date opératoire : Entrée à l'hôpital : Heure

Durée intervention : Durée estimée du séjour : A jeun Oui Non

Intervention programmée :

Côté : Gauche / Droit

Plateau : Scopie / Tomie

Installation : DD DV DLg DLd Beach chair
 Table : traction / à main Garrot : bras / avant-bras / cuisse / sus-malléolaire

Matériel : Pinkpad Ligasure Ultracision NIM Rectoscope THD
 Anuscope Alexis Lagis GelPoint
 Autre :

Antibioprophylaxie : aucune / céfuroxime / vancomycine / autre :

Antibiothérapie prophylactique selon protocole à passer 30 minutes avant l'incision

Présence souhaitée du représentant Nombre d'assistants/chef de clinique

SI / SC RàD CMS CTR/RGA Protocole Symbios (radiologie) le :

Type d'anesthésie : AG Péri Rachi Bloc AVR AL Stand-By

Nom, prénom du médecin demandeur:

Visé:

RDV avec l'anesthésiste le :

1 Exemple à transmettre à :

- Bloc op. Soins Intensifs/Soins Consultation d'anesthésie Examens fonctionnels
 Physiothérapie Diététique Stomathérapie Radiologie

Autre:

A COMPLÉTER PAR LA PRÉHOSPITALISATION

Évaluation de santé du patient en vue d'une prise en charge orthopédique élective

Transmission en PH :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Etat civil : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Rue :	NPA : Localité :
Tél. privé :	Adresse mail :
Assurance :	N° assuré :
Médecin traitant :	

Intervention programmée :

Âge : Poids : Taille : BMI :

État de santé	Oui	Non
Anticoagulation iv nécessaire per-opérateur (ex. embolie pulmonaire récente, valve ♥ mécanique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC ou infarctus de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie récente de moins de 3 mois ou instable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI > 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI entre 40 et 50 si chirurgie épaule (avec bloc interscalénique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie neuro-musculaire (dystrophie, myopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygène à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de problèmes anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme non contrôlé (fréquence + gravité des crises)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie mal contrôlée (fréquence des crises ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient porteur d'un Pacemaker cardiaque - Défibrillateur (présence Dr Ganière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAOS modéré à sévère non appareillé ou non toléré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Témoins de Jéhovah ? (à rediscuter en staff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score (à remplir par le médecin anesthésiste)	

Visa et timbre du médecin-chef/chef de clinique demandeur :

Décision du médecin anesthésiste	Oui	Non
Prise en charge opératoire à SL possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visa et timbre du médecin anesthésiste :

Critères d'exclusion pour St-Loup :

En fonction des réponses sur l'état de santé du patient, s'il remplit un critère majeur celui-ci sera automatique exclu d'une prise en charge opératoire élective sur le site de St-Loup.

En revanche si le patient présente un ou plusieurs critères mineurs, son cas fera l'objet d'une discussion pour évaluation de la pertinence et des risques de sa prise en charge opératoire sur le site de St-Loup.

Critères majeurs :

- Anticoagulation iv nécessaire per-opératoire (ex. embolie pulmonaire récente, valve ♥ mécanique)
- Arythmie récente de moins de 3 mois ou instable
- AVC ou infarctus de moins de 3 mois
- BMI > 50
- BMI entre 40 et 50 pour chirurgie de l'épaule (avec un bloc interscalénique)
- Dialyse
- Hémophilie
- Maladie neuro-musculaire (dystrophie, myopathie)
- Oxygène à domicile
- Toxicomanie active

Critères mineurs :

- Anémie
- Antécédents de problèmes anesthésiques
- Asthme non contrôlé (fréquences + gravité des crises)
- Épilepsie mal contrôlée (fréquences des crises ?)
- Patient porteur d'un Pacemaker cardiaque - Défibrillateur (présence Dr Ganière)
- SAOS modéré à sévère non appareillé ou non toléré
- Témoins de Jéhovah ?

PRÉPARATION MATÉRIEL

Date :

Instrumentiste :

Opération :

MATÉRIEL MANQUANT (où, pourquoi ?...)

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

IMPLANTS CONTROLES

OUI

LIEU

Couloir

local arrivée

Couloir Bloc

Arsenal

IMPLANTS MANQUANTS (où, pourquoi ?...)

-	-
-	-
-	-

A RESTÉRILISER / Ster informée

OUI

-	-
-	-

Problèmes en Per OP

-	-
---	---

A COMPLÉTER PAR LE BLOC OPÉRATOIRE