

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

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