

Demande d'admission – avis de MODIFICATION / ANNULATION

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN DEMANDEUR

MODIFICATION

ANNULATION

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 :

Diagnostic :

Date opératoire : Entrée à l'hôpital : Heure

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

Intervention programmée :

UNIQUEMENT À COMPLÉTER EN CAS DE MODIFICATIONS

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:

A COMPLÉTER PAR LA PRÉHOSPITALISATION

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: