|  |
| --- |
|  |
| Avenue Vinet 30 | Tél. Clinique | +41 (0)21 641 33 33 |
| 1004 Lausanne | Tél. réservation | +41 (0)21 641 33 77 |
| Suisse | Fax réservation | +41 (0)21 641 34 37 |
|  | reservations@lasource.ch |  |
|  |  |
| **Conﬁrmation de demande d’admission** |
| (A faire parvenir par Email ou par fax au Service des réservations) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date d’entrée:** | **Heure :** |
| **Durée de séjour:** |
| ☐ Hospitalisation |
| ☐ Ambulatoire |
| **Prestation complémentaires** |
| ☐ **La Source à domicile :** |
| ☐ Visites et soins infirmiers (joindre prescription médicale) |
| ☐ Autres: |

|  |
| --- |
| **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(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: |

FO-05.1.0-004