



Avis d'admission

SITE DE MONTREUX
Tél. 021 966 66 42
Fax 021 966 66 99

SITE DE LA PROVIDENCE
Tél. 021 977 55 55
Fax 021 977 55 11

SITE DU SAMARITAIN
Tél. 021 923 43 39
Fax 021 923 49 37

<input type="checkbox"/> admission Montreux	<input type="checkbox"/> admission Providence	<input type="checkbox"/> admission Samaritain
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> enfant Nom : Prénom : Date de naissance : J M A	Adresse patient et/ou représ. légal : 1) 2) tél. privé : tél. prof : natel :	Date d'entrée : Heure d'entrée : Type d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> moins de 24H <input type="checkbox"/> avec lit <input type="checkbox"/> plus de 24H Durée approximative prévue de l'hospitalisation : jours
Médecin envoyeur :	Chambre N° : Accompagnant <input type="checkbox"/>	Type de cas : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> médecine <input type="checkbox"/> maxillo-faciale <input type="checkbox"/> gynécologie <input type="checkbox"/> neurochirurgie <input type="checkbox"/> obstétrique <input type="checkbox"/> ophtalmologie <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> orthopédie <input type="checkbox"/> pédiatrie <input type="checkbox"/> urologie <input type="checkbox"/> plastique
Médecin traitant ou opérateur (Riviera) :	Classe : <input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> ½ privée <input type="checkbox"/> privée <input type="checkbox"/> couverture hors canton <input type="checkbox"/> autre	Suite envisagée à l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> court séjour <input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> long séjour <input type="checkbox"/> CTR <input type="checkbox"/> soins péd. à domicile
Visite pré-anesthésique Date : Heure :	Assurance : N° police :	
DONNEES MEDICALES		
Diagnostic/motif de l'hospitalisation : Régime alimentaire :	Type d'intervention prévue : Date d'opération : Durée estimée de l'intervention : hres	Prép. préopératoire / position / etc. : Allergies : Matériel spécifique : Type d'anesthésie souhaitée :
Ordres médicaux et examens à l'entrée :		TRANSFUSION <input type="checkbox"/> AUTOLOGUE flacons <input type="checkbox"/> HOMOLOGUE flacons <input type="checkbox"/> HEMODILUTION <input type="checkbox"/> CELL SAVER
POUR USAGE INTERNE		
Check-list interne <input type="checkbox"/> Bloc opératoire <input type="checkbox"/> Anesthésiste	<input type="checkbox"/> Secrétariat médical <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Diététicienne <input type="checkbox"/> Réception



122701

HR-For-P2-2.02-009

V : 02

Validé par : Butty Jean Pierre

1/1