HIRSLANDEN

ADMISSION

Choisir clinique

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom | Prénom | Date de naissance | Sexe | Nom et prénom des parents (pour les mineurs)

Telephone mobile | Téléphone privé | Téléphone professionnel | E-mail

Rue / numéro | NPA / Localité | Pays | Nationalité

N° AVS | Correspondance ◯ D ◯ E ◯ F ◯ I

Admission de ☐ domicile ☐ maison de soins ☐ maison deretraite ☐ psychiatrie ☐ autre hôpital ☐ autres ☐ inconnu

Réadaptation/cure prévue après la sortie ☐ Organiser case managment **Lieu souhaité**

Admission pour
☐ Maladie
☐ Accident
☐ Transfert < 24

Type de cas
☐ Ambulatoire
☐ Stationnaire

☐ Assurance de base
☐ Div. comm. CH entière
☐ Semi-privéé
☐ Privéé

☐ Chambre individuelle
☐ Chambre double
☐ plusieurs lits

☐ Payeur direct
☐ Supplément confort
☐ Chgt de classe de à

Assurance de base LAMal | Numéro d'assuré(e) | Nº de carte d'assuré(e) (20 caractères)

Assurance complémentaire LCA | Numéro d'assuré(e)-Nr.

Assurance de base LAA/AI/AM | Nº de sinistre/Nº de décision | Date de l'accident

Assurance complémentaire accident | N° de sinistre | Nom de l'employeur

Admission et opération

Date d'admission | Heure | ☐ La veille | Durée du séjour en jours

Date d'opération | Heure d'op. | Durée de l'op. (en min, de l'incision à la suture) | À jeun ◯ oui ◯ non

Opérateur | Assistant

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES

CIM-10 GM | Diagnostic d'admission ◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

ICD-10 GM | Diagnostics annexes ◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

OPÉRATION/TRAITEMENT

CHOP | Traitement / thérapie ◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

◯ gauche ◯ droite ◯ bilat. ◯ s.o.

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

Positionnement
☐ Déc. dors. ☐ Déc. lat. gauche ☐ Déc. la. droit ☐ Déc. ventral ☐ Gyné ☐ Semiassise ☐ Assis ☐

Appareils
☐ RL ☐ IORT ☐ POLESTAR ☐ Amplificateur de brillance ☐ Mikroskop ☐ Tour ☐ Laser ☐ Neuronavigation
☐ Da Vinci ☐ Cellsaver ☐ Patho/extemporané ☐

Salle ☐ LCC ☐ Hybrid ☐ Examen électro physiologique ☐ NeuroSuite ☐ Centre ambulatoire

Forme d'anesthésie ☐ Anesthésie générale/partielle ☐ Sédoanalgésie ☐ Anesthésie locale

Séjour postopératoire Séjour aux SI ◯ oui ◯ non IMC ◯ oui ◯ non

Consulation d'anesthésie
☐ Admission la veille (prémédication en unité de lits)
☐ Consultation en anesthésie facultative
☐ Admission à jeun: ☐ Consultation ambulatoire
☐ Consultation téléphonique (ASA 1+2, risque de la chirurgie ≤ B, dispose d'un accès Internet, parle français)

ADMISSION

HIRSLANDEN

Prise en charge en médecine interne ◯ oui (interne/MES) ◯ autre ◯ non

En particulier pour pneumopathie / cardiopathie limitante; insuffisance rénale au moins moyenne; diabète traité par insuline; anticoagulation orale; cirrhose hépatique; anorexie; obésité > degré 2

Examens préopératoires nécessaires ◯ non ◯ oui, par

Maladies nécessitant un isolement

Allergies

☐ Hospitalisation à l'étranger dans les 3 mois précédant l'admission ☐ Si oui, où

Taille cm Poids kg IMC ☐ Témoin de Jéhova

Examens souhaités après admission

Demandes particulières / remarques (handicaps, etc.)

Médecin prenant part au traitement (MCC) Médecin référent

Médecin de famille Auto-référent ☐

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

Cardiologie
- ☐ I50.19 Insuffisance ventriculaire gauche
- ☐ I50.01 Insuffisance cardiaque globale / droite
- ☐ I11.90 Cardiopathie hypertensive
- ☐ I20.8 Angine de poitrine
- ☐ I25.19 Cardiopathie artérioscléreuse
- ☐ I42.9 Cardiomyopathie
- ☐ I35.0 Sténose aortique
- ☐ I35.1 Insuffisance aortique
- ☐ I34.0 Insuffisance mitrale
- ☐ I44.2 Bloc

Néphrologie
- ☐ N18.9 Insuffisance rénale chronique
- ☐ Z99.2 Dialysé au long cours

Angiologie
- ☐ I80.9 Thrombose, phlébite
- ☐ I83.0 Varices avec ulcères
- ☐ I70.23 Athérosclérose des artères distales
- ☐ I71.9 Anévrisme de l'aorte

Pneumologie
- ☐ J44.9 BPCO
- ☐ J47 Bronchectasie
- ☐ J81 OEdème pulmonaire
- ☐ J90 Épanchement pleural
- ☐ J93 Pneumothorax
- ☐ I26.9 Embolie pulmonaire

Neurologie
- ☐ F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer
- ☐ G20.90 Syndrome de Parkinson primaire
- ☐ G81.9 Hémiparésie
- ☐ I63.9 Infarctus cérébral
- ☐ I67.10 Anévrisme cérébral
- ☐ I66.9 Obstruction / sténose artère cérébrale

Oncologie
- ☐ C80 Tumeur maligne / carcinome
- ☐ C79.88 Métastases
- ☐ D63 Anémie tumorale
- ☐ R64 Cachexie
- ☐ D61.10 Aplasie médullaire médicamenteuse due à un traitement cytostatique

Endocrinologie
- ☐ E10.90 Diabète sucré, Type 1
- ☐ E11.90 Diabète sucré, Type 2
- ☐ E66.99 Obésité
- ☐ E05.9 Hyperthyroïdie
- ☐ E46 Dénutrition
- ☐ E87.6 Hypokaliémie
- ☐ E20.9 Hyperparathyroïdie
- ☐ E53.8 Déficit en vitamine B-12
- ☐ E24.9 Syndrome de Cushing

Diagnostics pour les soins
- ☐ L89.99 Escarre
- ☐ R15 Incontinence fécale
- ☐ R32 Incontinence urinaire
- ☐ R47.0 Dysphasie / Aphasie
- ☐ Z21 HIV
- ☐ Z22.3 / U80.4 ESBL
- ☐ Z22.3 / U80.00 MRSA

Je confirme avoir informé le patient ou la patiente, conformément à l'art. 19 de la loi fédérale sur la protection des données, que ses données peuvent être traitées par les cliniques, centres et instituts ou centres de chirurgie ambulatoires du groupe Hirslanden à des fins de préparation du traitement ou de l'examen et, dans ce contexte, être transmises à des tiers (en particulier aux assurances maladie ou accidents et aux prestataires de soins préalables). Vous trouverez de plus amples informations dans la déclaration de protection des données du groupe Hirslanden, disponible à l'adresse www.hirslanden.ch/protectiondesdonnees

Médecin

GLN RCC

Mail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton **«Envoyer»** vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au département de médecine interne de la clinique.