ADMISSION

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

HIRSLANDEN CLINIQUE DES TILLEULS
ADMISSION DES PATIENTS
CRÊT-DES-FLEURS 105
CH-2501 BIENNE
T +41 32 366 43 13
MAIL: PATIENTENDISPOSITION.LINDE@HIRSLANDEN.CH

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom *	Prénom *	Date de naissance *	Nom / prénom représ. légales (pour les mineurs)
Rue / numéro *	Code postale *	Lieu *	Pays
Téléphone *	Téléphone	Téléphone	E-mail
N° AVS ou AS *	Correspondance * ◯D ◯F ◯I ◯E	Sexe *	État civil / Nationalité / Lieu d'origine

Type de cas * ◯Stationnaire ◯Stationnaire (avec critères d'exclusion pour l'ambulatoire)[1] ◯Ambulatoire ◯Ambulatoire (assurance complémentaire)

Spécialité
☐Chiallg ☐Chihand ☐Chiortho ☐Chiurol ☐Chiothorhin
☐Chineuro ☐PTA ☐Medinnere ☐Medgastro ☐Medonko
☐Gynallg ☐Autres:

Provenance de * ◯Domicile ◯EMS ◯Psychiatrie ◯Autre hôpital ◯Institution carcérale
◯Autres:

Réadaptation/cure prévue après la sortie * ◯Aucune ◯Organiser case mgmt. ◯Lieu souhaité:

Admission pour *
◯Maladie ◯Accident ◯AI ◯UKS
◯ Payeur direct
◯ Prestation pas prise en charge
◯ Prestation en partie prise en charge

Classe *
◯Assurance de base
◯Div. comm. CH entière
◯Semi-privée
◯Privée

Surclassement
◯De division commune en Hirslanden Préférence CHF 350.00 p./n.
◯De division commune en Hirslanden Privé CHF 550.00 p./n.
◯De division semi-privée en Hirslanden Privé CHF 200.00 p./n.

Assurance de base (Nom caisse)	N° de police / d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
Assurance complémentaire (Nom)	N° de police / d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
Ass. LAA / AI / AM (Nom)	N° Ass. LAA / AI / AM	Date de l'accident
Nom de l'employeur		

Date d'admission * **Durée du séjour** (en jours) *

Date d'opération	Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture)	Opérateur	Assistant 1 Assistant 2

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES *

CIM-10 GM * Diagnostic d'admission * ◯récidive ◯gauche ◯droite ◯bilat.

CIM-10 GM Diagnostics annexes ◯gauche ◯droite ◯bilat.
◯gauche ◯droite ◯bilat.

OPÉRATION / TRAITEMENT

◯Sans opération ◯PTA ◯Gastro-/endoscopie ◯Bronchoscopie ◯Autre:

CHOP Traitement / thérapie

◯gauche ◯droite ◯bilat.
◯gauche ◯droite ◯bilat.
◯gauche ◯droite ◯bilat.
◯gauche ◯droite ◯bilat.

Extamporané ◯Oui ◯Non

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

1 Feuille supplémentaire critères d'exclusion (comme sous-catégorie, le cas échéant)
2 Seulement hernies

ADMISSION

HIRSLANDEN
KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

PATIENT
Nom *
Prénom *
Date de naissance *

Positionnement

☐ Décubitus dorsal ☐ Décubitus ventral ☐ SSL ☐ Beach Chair ☐ LDP ☐ Extension Ortho/Traum ☐ Extension main
Demi décubitus latéral ☐ Droit ☐ Gauche
Décubitus latéral ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Autres:

Anesthésie

◯ Anesthésie générale / partielle ◯ Sédoanalgésie / MAC
◯ Prophylaxie antibiotique ◯ Après schéma Hirslanden ◯ Aucune ◯ Autres:
Séjour postopératoire, nuitée IMC ◯ Oui ◯ Non

Consulation d'anesthésie

◯ Admission à jeûn: ☐ Au patient approprié pour la consultation d'anesthésie tél. (ASA 1/2, risque opératoire A mod., parle F ou A)
--> Si l'ensemble des critères n'est pas rempli, le pat. sera convoqué pour la consultation d'anesthésie habituelle
◯ Admission la veille: ☐ Pré-médication en règle générale la veille à la station. Dans les cas où une évaluation pré-opératoire doit s'avérer nécessaire, le patient sera convoqué au préalable pour la consultation d'anesthésie.

Examens pré-opératoires indisp. selon le schéma de l'anesthésie? ◯ Non ◯ Oui par

Maladies nécessitant un isolement * ◯ Non ◯ VRE ◯ MRSA ◯ Autres:
☐ Hospitalisation à l'étranger dans les 3 mois précédant l'admission ☐ Si oui, où:

Allergies

Taille cm Poids kg IMC ☐ Anticoagulation ☐ Témoin de Jéhova
Examens souhaités après admission
Demandes particulières / remarques (handicaps etc.)

Médecin de famille *[3] Médecin référent *[4]
☐ Pas de médecin de famille Médecin prenant part au traitement [5]

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

☐ **Pas de 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
☐ I48.11 Fibrillation auriculaire chronique
☐ I42.9 Cardiomyopathie
☐ I35.0 Sténose aortique
☐ I35.1 Insuffisance aortique
☐ I34.0 Insuffisance mitrale
☐ I44.2 Bloc A-V

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 / Hémiplégie
☐ 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

Date *

Médecin traitant ((Médecin accrédité / médecin salarié) *
GLN ZSR
Mail

Transmission électronique
Utilisez le bouton «Envoyer» pour envoyer le formulaire directement et en toute sécurité à la **Hirslanden Klinik Linde**

[3] Médecin de famille: médecin référant ou non
[4] Médecin qui adresse le cas au médecin traitant (= médecin accrédité ou médecin salarié)
[5] Médecin accrédité ou salarié qui prend par au traitement
* Champ obligatoire