ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

Hirslanden Clinique Cecil

Hirslanden Clinique Cecil
Avenue Ruchonnet 53
1003 Lausanne

HIRSLANDEN

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 ☐ autre hôpital ☐ maison de soins ☐ maison deretraite ☐ psychiatrie

Admission pour
☐ Accouchement
☐ Transfert < 24

Type de cas
☐ ambulatoire
☐ stationnaire

☐ Privé
☐ Semi-prive
☐ Assurance de base
☐ Division commune Suisse entier

☐ Chambre individuelle
☐ Chambre a deux lits
☐ plusieurs lits

☐ Payeur direct
☐ Supplement confort
☐ Chgt de classe de ____ à ____

Assurance de base LAMal | Numero d'assuré(e) | N° de carte d'assuré(e) (20 caracteres)

Assurance complementaire LCA | Numero d'assuré(e)

Informations sur l'accouchement / l'admission pour grossesse pathologique

Âge | Pare | Geste: | Terme prevu: | Date des dernieres regles:

Date corrigee (d'après l'echographie):

ICD10: | CHOP: | CHOP: | ☐ Assistance manuelle lors de l'accouchement

Obstetricien | Assistent: | ☐ 74.0X Césarienne classique

Date d'admission: | Heure: | ☐ La veille | Duree du sejour en jours:

Date de l'operation: | Heure de l'opération: | Duree de l'operation (en min, de l'incision a la suture):

Consultation d'anesthésie: ☐ Oui ☐ Non

Facteurs de risque pertinents pour l'anesthésie (champ obligatoire)

☐ Aucun
☐ Troubles de la coagulation
☐ Risque d'hemorragie
☐ Particularités neurologiques
☐ Diagnostics de medecine interne
☐ autres
☐ Temoin de Jehova

Facteurs de risques / particularites liees a la grossesse / ant&ecedents obstetricaux:

Maladies gynecologiques:

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

☐ O 24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
☐ O 24.0 / 024.1 Diabetes sucre & preexistant, type 1/2
☐ O 13 Hypertension gestationnelle
☐ O 10 Hypertension preexistante
☐ O 41.0 Oligoamnios

Resultats de laboratoire: ☐ Oui ☐ Non **Lors de l'inscription, merci de faxer les derniers resultats avant l'accouchement!**

Groupe sanguin/ Rh: | Allergies:

Prophylaxie rhesus: ☐ Oui ☐ Non | Date de la derniere prophylaxie rhesus:

Rubeole: | Immunite connue: ☐ Oui ☐ Non | Serodiagnostic de la syphilis: ☐ positif ☐ negatif

Hepatitis: ☐ HBsAg neg. ☐ HBsAg pos. (l'enfant doit être immunise)

Strepto B: ☐ positif ☐ negatif | VIH: ☐ positif ☐ negatif

☐ Enfants mort-nés: | ☐ Interruptions de grossesse anterieures:

Envoyeur:

GLN: | RCC:

E-mail:

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

Transmission électronique

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