

ADMISSION

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance	Geschlecht	Nom et prénom des parents (pour les mineurs)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telephone mobile	Téléphone privé	Téléphone professionnel	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue / numéro	NPA / Localité	Pays	Nationalité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N° AVS	Correspondance			
<input type="text"/>	<input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I			

Admission de	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> autre hôpital	<input type="checkbox"/> maison de soins <input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> maison deretraite <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> psychiatrie
--------------	---	---	--	--------------------------------------

Réadaptation/cure prévue après la sortie	<input type="checkbox"/> Organiser case managment	Lieu souhaité	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------

Admission pour	Type de cas	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle	<input type="checkbox"/> Payeur direct
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Stationnaire	<input type="checkbox"/> Semi-privé	<input type="checkbox"/> Chambre double	<input type="checkbox"/> Changement de classe de <input type="text"/> pour <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Assurance de base	<input type="checkbox"/> plusieurs lits	<input type="checkbox"/> Supplément confort
<input type="checkbox"/> Transfert < 24		<input type="checkbox"/> Division commune Suisse entière		

Assurance de base LAMal	Numéro d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurance complémentaire LCA	Numéro d'assuré(e)-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assurance de base LAA/AI/AM	N° de sinistre/N° de décision	Date de l'accident
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurance complémentaire accident	N° de sinistre	Nom de l'employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Admission et opération

Date d'admission	<input type="text"/>	Heure	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> La veille	Durée du séjour en jours	<input type="text"/>
Date d'opération	<input type="text"/>	Heure d'op.	<input type="text"/>		Durée de l'op. (en min, de l'incision à la suture)	<input type="text"/>
Opérateur	<input type="text"/>	Assistant	<input type="text"/>		À jeun	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES

CIM-10 GM	Diagnostic d'admission	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ICD-10 GM	Diagnosics annexes	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.

OPÉRATION/TRAITEMENT

CHOP	Traitement / thérapie	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droite <input type="radio"/> bilat.

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

Positionnement

Déc. dors. Déc. lat. gauche Déc. la. draoite 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

Consultation 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)

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

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.