

ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

Hirslanden Clinique Cecil

Hirslanden Clinique Cecil
Avenue Ruchonnet 53
1003 Lausanne

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance	Geschlecht	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			
_____	<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"/> maison de soins	<input type="checkbox"/> maison deretraite	<input type="checkbox"/> psychiatrie
	<input type="checkbox"/> autre hôpital	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> inconnu	

Admission pour	Type de cas	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle	<input type="checkbox"/> Payeur direct
<input type="checkbox"/> Accouchement	<input type="checkbox"/> stationnaire	<input type="checkbox"/> Semi-privé	<input type="checkbox"/> Chambre a deux lits	<input type="checkbox"/> Changement de classe de _____ à _____
<input type="checkbox"/> Transfert < 24	<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> Assurance de base	<input type="checkbox"/> plusieurs lits	<input type="checkbox"/> Supplement confort
		<input type="checkbox"/> Division commune Suisse entier		

Assurance de base LAMal	Numero d'assuré(e)	N° de carte d'assur&(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:	<input type="checkbox"/> Assistance manuelle lors de l'accouchement	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 74.0X Césarienne classique	
Obstetricien	Assistent:			
_____	_____			
Date d'admission:	Heure:	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

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

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Risque d'hémorragie	<input type="checkbox"/> Diagnostics de medecine interne	<input type="checkbox"/> Temoin de Jehova
<input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> Particularités neurologiques	<input type="checkbox"/> autres	_____

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

Diagnostics annexes pertinents pour le codage

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

Maladies gynecologiques:

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

Groupe sanguin/ Rh:	_____	Allergies:	_____
Prophylaxie rhesus:	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date de la derniere prophylaxie rhesus:	_____
Rubeole:	Immunité connue: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Serodiagnostic de la syphilis: <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> negatif	
Hepatitis:	<input type="radio"/> HBsAg neg. <input type="radio"/> HBsAg pos. (l'enfant doit être immunisé)		
Strepto B:	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> negatif	VIH: <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> negatif	
<input type="checkbox"/> Enfants mort-nés:	_____	<input type="checkbox"/> Interruptions de grossesse anterieures:	_____

Envoyeur:	_____	GLN:	_____	RCC:	_____
		E-mail:	_____		

Transmission électronique

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