

ADMISSION

Clinique

Étiquette du patient ou

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____

HIRSLANDEN



BC_f-3 Pat.admin - Eintritt



ST_4-Anmeldung

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom/prénom des parents (pour les mineurs)
_____	_____	_____	_____
Téléphone mobile	Téléphone privé	Téléphone professionnel	E-mail
_____	_____	_____	_____
Rue / numéro	Code postal / localité	Pays	Nationalité
_____	_____	_____	_____
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> inconnu	N° AVS	Correspondance <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Provenance de <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Autre hôpital <input type="checkbox"/> Institution carcérale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Inconnu			
Réadaptation/cure prévue après la sortie	<input type="checkbox"/> Organiser case management	Lieu souhaité	_____
Admission pour <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Transfert < 24 h	Type de cas <input type="checkbox"/> Stationnaire <input type="checkbox"/> Ambulatoire	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Semi-privé <input type="checkbox"/> Assurance de base <input type="checkbox"/> Division commune Suisse entière	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits <input type="checkbox"/> Payeur direct <input type="checkbox"/> Changement de classe de _____ pour _____ <input type="checkbox"/> Supplément confort
Assurance de base LAMal	Numéro d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)	
_____	_____	_____	
Assurance complémentaire LCA	Numéro d'assuré(e)		
_____	_____		
Assurance de base LAA/AI/AM	N° de sinistre/N° de décision	Date de l'accident	
_____	_____	_____	
Assurance complémentaire accident	N° de sinistre	Nom de l'employeur	Code postal / localité
_____	_____	_____	_____
Cabinet du médecin accrédité procédant à l'inscription	_____	Date	_____

Admission et opération

Date d'admission: _____ Heure: _____ La veille Durée du séjour en jours _____

Date d'opération _____ Heure d'opération _____ Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture) _____

Opérateur _____ Assistant _____ À jeun oui non

DONNÉES MÉDICALES / CHIRURGICALES

CIM-10 GM	Diagnostic d'admission	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	_____	
CIM-10 GM	Diagnostics annexes	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.

OPÉRATION/TRAITEMENT

CHOP	Traitement / thérapie	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.
_____	_____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> bilat.

Particularités (implants, appareils spéciaux, etc.)

Positionnement

Décubitus dorsal Décubitus latéral gauche Décubitus latéral droit Décubitus ventral Position gynécologique Position semiassise Position assise _____

Appareils

RL IORT POLESTAR Amplificateur de brillance Microscope Tour Laser Neuronavigation

Da Vinci Cell Saver Patho/extemporané _____

Salle LCC Hybride 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

ADMISSION

Clinique

Étiquette du patient ou

Nom:

Prénom:

Date de naissance:



BC_f-3 Pat.admin - Eintritt



ST_4-Anmeldung

- 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

Diagnostiques 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 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 Œdème 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 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