

ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT

 Clinique

Étiquette du patient ou

 Nom: _____
 Prénom: _____
 Date de naissance: _____


BC_F-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_4 - Anmeldung

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

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

Admission de	<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> maison de soins	<input type="checkbox"/> maison de retraite	<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 à deux lits	<input type="checkbox"/> Changement de classe de _____ pour _____
<input type="checkbox"/> Transfert < 24 h	<input type="checkbox"/> ambulatoire	<input type="checkbox"/> Assurance de base générale	<input type="checkbox"/> Chambre à plusieurs lits	<input type="checkbox"/> Supplément confort
		<input type="checkbox"/> Division commune Suisse entier		
Assurance de base LAMal	Numéro d'assuré(e)	N° de carte d'assuré(e) (20 caractères)		
_____	_____	_____		
Assurance complémentaire LCA	Numéro d'assuré(e)			
_____	_____			

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

 Âge: _____ Pare: _____ Geste: _____ Terme prévu: _____ Date des dernières règles: _____
 Date corrigée (d'après l'échographie): _____
 CIM-10: _____ CHOP: _____ CHOP: _____ 73.5 Assistance manuelle lors de l'accouchement
 Obstétricien: _____ Assistant: _____ 74.0X Césarienne classique
 Date d'admission: _____ Heure: _____ La veille Durée du séjour en jours: _____
 Date de l'opération: _____ Heure de l'opération: _____ Durée de l'opération (en min, de l'incision à la suture): _____
 Consultation d'anesthésie oui non

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

 Aucun Risque d'hémorragie Diagnostics de médecine interne Témoin de Jéhova
 Troubles de la coagulation Particularités neurologiques autres _____

Facteurs de risques / particularités liées à la grossesse / antécédents obstétricaux:

Maladies gynécologiques:

Diagnostics annexes pertinents pour le codage:

 O24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
 O24.0 / O24.1 Diabètes sucré préexistant, type 1/2
 O13 Hypertension gestationnelle
 O10 Hypertension préexistante
 O41.0 Oligoamnios

Résultats de laboratoire: oui non **Lors de l'inscription, merci de faxer les derniers résultats avant l'accouchement!**

Groupe sanguin/ Rh: _____ Allergies: _____

 Prophylaxie rhésus oui non Date de la dernière prophylaxie rhésus: _____

 Rubéole: Immunité connue oui non Sérodiagnostic de la syphilis: positif négatif

 Hépatite: HBsAg nég. HBsAg pos. (l'enfant doit être immunisé)

 Strepto B: positif négatif VIH: positif négatif

 Enfants mort-nés: _____

 Interruptions de grossesse antérieures: _____

Date _____ Cabinet du médecin accrédité procédant à l'inscription _____